

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA ELIZA SPINELI

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
O “NOVO” DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Maringá
2014

MARIA ELIZA SPINELI

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
O “NOVO” DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos Educativos e Práticas Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini.

Maringá
2014

MARIA ELIZA SPINELI

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
O “NOVO” DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para o exame de qualificação no Mestrado em Psicologia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof. Dra. Marineide de Oliveira Gomes
UNIFESP/Guarulhos

Prof. Dra. Renata Heller de Moura
PPI/Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho à minha mãe, cuja morte precoce me privou da sua presença, porém o Amor profundo a manteve viva habitando em meu ser.

Aos meus filhos, André e Natália que, docemente, alegram e encantam os meus dias e a todas as crianças lembradas e esquecidas.

AGRADECIMENTOS

Com alegria, externo aqui meus mais sinceros agradecimentos a todos que comigo se fizeram presentes e me apoiaram na realização deste curso de Mestrado e na redação desta dissertação, principalmente:

- a Deus, que todos os dias me desperta para a vida e faz crescer em mim a PAZ interior que nasce da renúncia do controle, da paciência com a vida, da FÉ que contempla a LUZ e da certeza de que tudo vai dar certo;

- aos meus antepassados, a todas as pessoas com as quais eu me encontrei pela vida afora, que pronunciaram o meu nome, que sorriram para mim e que, de alguma maneira, colaboraram para que este momento se concretizasse;

- ao André e à Natália, que são a minha continuidade, responsáveis pela minha experiência de amor incondicional;

- à Isis, minha norinha, que cuida amorosamente do coração do meu filho, fazendo-o feliz;

- ao meu irmão José Sávio, que segue comigo acreditando e desejando o melhor para mim;

- ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e aos professores do Mestrado;

- à Roselania, minha grande incentivadora, que sempre me apoiou e acreditou em mim;

- aos professores da banca examinadora Marineide de Oliveira Gomes e Renata Heller de Moura, pelas importantes contribuições ao meu trabalho;

- especialmente à professora Maria Lúcia, minha Mestra, minha inspiração, a quem admiro e que, pacientemente, com zelo e doçura, voltou seu olhar para mim, estendeu-me a mão e me alcançou, permitindo, assim, que eu a acompanhasse;

- enfim, a todos os entrevistados, aos gestores, professores e técnicos, que foram os que mais contribuíram para a realização desta pesquisa.



Figura 1. Escovação de dentes no Parque Infantil da Barra Funda – SP, final da década de 1930.

Ora (direis) ouvir estrelas! Certo
Perdeste o senso!" E eu vos direi, no entanto,
Que, para ouvi-las, muita vez desperto
E abro as janelas, pálido de espanto...
E conversamos toda a noite, enquanto
A via láctea, como um pátio aberto,
Cintila. E, ao vir do sol, saudosos e em pranto,
Inda as procuro pelo céu deserto.
Direis agora: "Tresloucado amigo!
Que conversas com elas? Que sentido
Tem o que dizem, quando estão contigo?"
E eu vos direi: "Amai para entendê-las!
Pois só quem ama pode ter ouvido
Capaz de ouvir e de entender estrelas."
(Olavo Bilac, 1888)

SPINELLI, M. E. (2014). *Programa Saúde na Escola: o “novo” desafio da intersetorialidade entre saúde e educação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

RESUMO

Este estudo está limitado ao campo da educação escolar e tem como objetivo geral investigar a compreensão e o significado, bem como os resultados alcançados no Programa Saúde na Escola (PSE) pelos profissionais envolvidos com o desenvolvimento desse programa. O PSE, instituído pelo Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, tem por finalidade “[...] contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”. Em 2013 o PSE foi implementado em vários municípios do território nacional. Trata-se de uma política integrada e têm como principal diretriz a intersetorialidade, sendo desenvolvidas sob a responsabilidade conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. Este fato provoca alguns questionamentos dos profissionais das áreas da saúde e da educação no que concerne ao processo burocrático de implementação e à identificação do significado deste programa. A busca por respostas a estas questões nos serviu de estímulo para o estudo em pauta. Para alcançar o objetivo proposto realizamos uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, em dois municípios de pequeno porte integrantes da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Neste sentido, entrevistamos gestores da saúde e da educação, assim como técnicos responsáveis pela implementação e execução do programa, agentes municipais de saúde e professores. Após a transcrição e análise das entrevistas à luz dos princípios e diretrizes do programa em pauta, concluímos que os entrevistados reconhecem a importância do programa e lhe atribuem significado positivo, porém observamos que ainda nutrem dúvidas significativas. Os resultados permitem identificar também que os profissionais da saúde e da educação reconhecem que o cuidado e a atenção à saúde do escolar são essenciais para o seu bem-estar e a sua aprendizagem, mas as dificuldades iniciais referentes ao desconhecimento da filosofia do PSE estão interferindo na dinâmica do processo de sua implementação. Cumpre lembrar que a criação de “comissões intersetoriais”, prevista no Capítulo III da Lei 8.080/1990, tem como finalidade “articular políticas e programas”. Assim, as ações estratégicas para a efetivação de ações intersetoriais nas escolas, como prevê o Programa Saúde na Escola, podem ser compreendidas como ações que têm caráter de complementaridade e que estão em conformidade com a filosofia do SUS, e neste aspecto a Estratégia de Saúde da Família tem papel primordial neste processo; todavia, em nosso estudo constatamos que há dificuldades expressivas na relação de intersetorialidade, que ainda se busca efetivar, sobretudo entre as áreas de saúde e educação. Constatamos também que nos municípios pesquisados existem algumas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, mas estas ações estão apenas sendo formalizadas por meio do registro nos sistemas informatizados, pois são ações costumeiramente executadas no cotidiano. Como conclusão, foi possível identificar que, efetivamente, é necessário serem incorporadas práticas, ações e atividades intersetoriais permanentes, que busquem dar significado ao programa e qualificar o cuidado à saúde do escolar, superando as dificuldades e encarando o desafio do diálogo intersetorial, pois do contrário, o PSE será apenas um programa a mais na agenda da escola.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Intersetorialidade. Educação pública. Saúde pública.

SPINELLI, M. E. (2014). *School Health Program: the “new” challenge of an intersectional approach between health and education*. Dissertation of Master’s degree, Graduate Studies in Psychology, State University of Maringá, Maringá, PR.

ABSTRACT

This study is limited to school education and it has as general objective to investigate the understanding and the meaning, as well as the results accomplished in the School Health Program -(PSE, in Portuguese) by the professionals involved with the development of that program. The PSE, established by the Decree n. 6.286, of December 5, 2007, has the purpose of “[...] contributing for the integral formation of students of the public basic education, through prevention actions, health promotion and assistance”. In 2013, PSE was implemented in several municipal districts of the national territory. This program proposes actions of integrated politics and they have as main guideline the intersectional approach, being developed under the joint responsibility of Health and Education Ministries. This fact provokes some inquiries of professionals in the areas of health and education in what concerns to the bureaucratic process of implementation and the identification of the significance of this program. The search for these answers served us of incentive for the study on the agenda. Therefore, we accomplished a field research in two small municipal districts that are part of the 15th Regional of Health of Paraná State. In this sense, we interviewed supervisors of health and education, technicians that are responsible for the implementation and execution of the program, municipal agents of health and teachers. After transcription and analysis of the interviews to the light of the principles and guidelines of the program, we concluded that the interviewees recognize its importance and they attribute it positive significance, though we observed that they still nurture significant doubts. The results also allow identifying that education and health professionals recognize that care and assistance to the scholars health are essential to their well-being and learning, but the initial difficulties related to the ignorance of PSE philosophy are interfering in the dynamics of the process of its implementation. It is important to remind that the creation of "intersectional committees", stated in Chapter III of the Law 8.080/1990, has as purpose "to articulate politics and programs". Thus, the strategic actions for the effectiveness of intersectional actions, as the School Health Program states, can be understood as actions that have character of complementarity and that are in agreement with the philosophy of the National SUS, and the Family Health Strategy Program has primordial role in this process; nevertheless, it was verified that there are expressive difficulties in the intersectional relationship, yet to be established, mainly between the health and education areas. We also verified that in the researched municipal districts there are some actions developed by the health teams, but these actions are only being formalized through the registration in the computerized systems, because they are actions performed in the quotidian. As conclusion, it was possible to identify that, indeed, it is necessary to incorporate permanent intersectional practices, actions and activities to give significance and to qualify the scholar's health care, overcoming the difficulties and facing the challenge of the intersectional dialogue, otherwise, PSE will be just another program in the school calendar.

Keywords: School Health Program. Intersectional approach. Public education. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Escovação de dentes no Parque Infantil da Barra Funda – SP, final da década de 1930.....	
Figura 2	Moncorvo Filho atendendo uma criança no Dispensário, 1927.....	18
Figura 3	Evolução da natalidade e da mortalidade no Brasil - 1881/2005.....	20
Figura 4	Educadoras sanitárias em ação nos grupo escolar paulistano “Regente Feijó” – 1925.....	28
Figura 5	As mães, sobre quem recaíam os encargos da educação doméstica dos filhos, também eram reunidas para ouvir atentamente as explicações da educadora sanitária, 1935.....	52
Figura 6	Mapa das cidades que compõem a 15ª Regional de Saúde.....	54
Figura 7	Educadora sanitária ministrando uma aula, década de 1920.....	62
Figura 8	Educadoras sanitárias em ação nos grupo escolar paulistano “Prudente de Moraes – 1925.....	70
Figura 9	Banho de sol no Parque Infantil da Lapa - SP, final da década de 1930.....	79

SUMÁRIO

	SAÚDE E EDUCAÇÃO: O DIÁLOGO NECESSÁRIO.....	10
1	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	18
1.1	OS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL..	18
1.2	SAÚDE ESCOLAR; PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA.....	29
1.2.1	A EDUCAÇÃO ESCOLAR.....	31
1.2.2	A Escola Nova.....	32
1.2.3	A escola e a saúde do aluno.....	37
1.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE ESCOLAR.....	38
1.3.1	Programas/Políticas vinculadas à escola.....	42
1.3.1.1	Escolas Promotoras de Saúde.....	42
1.3.1.2	Mais Saúde Direito de Todos.....	43
1.3.1.3	Programa Saúde na Escola/PSE.....	45
2	CAMINHO PERCORRIDO.....	52
2.1	LOCAL DA PESQUISA.....	53
2.1.1	O Município de Floresta.....	54
2.1.2	O Município de Ivatuba.....	56
2.2	POPULAÇÃO ALVO.....	58
2.3	A TÉCNICA.....	59
2.4	PROCEDIMENTOS.....	60
2.5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	61
3	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, DE FATO.....	62
3.1	CONHECIMENTO INICIAL DO PROGRAMA PARA A SUA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO.....	62
3.2	A INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	66
3.3	A COMPREENSÃO E O SIGNIFICADO DO PSE.....	70
3.4	A ATUAÇÃO DO ESF NA EXECUÇÃO DO PSE.....	75
3.5	O (DES)CONHECIDO PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR.....	79
	REFERÊNCIAS.....	84
	ANEXOS	92
	APÊNDICES	108

SAÚDE E EDUCAÇÃO: O DIÁLOGO NECESSÁRIO

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (Lei Federal n. 8.069, 1990).

Este estudo tem como objetivo investigar a compreensão e o significado, atribuídos ao Programa Saúde na Escola (PSE), bem como os resultados alcançados ou previstos nesse programa que obtiveram os profissionais envolvidos com o seu desenvolvimento.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e tem como finalidade “[...] contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”. Conforme estabelece o Decreto Federal n. 6.286/2007, as ações propostas pelo Programa Saúde na Escola deverão ser articuladas e desenvolvidas por meio do trabalho em rede da Educação Básica em parceria com o que preconizam as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. As ações pertinentes ao PSE compreendem: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e inclusão das temáticas de educação em saúde nos projetos político-pedagógicos das escolas. Além disto, o programa tem também como objetivo o “fortalecimento de ações” que considerem as diferenças e singularidades, estimulando a participação social, a intersetorialidade, a integralidade e a organização do trabalho em equipe, visando “melhorar a qualidade de vida da população brasileira”, assim como, enfatiza a qualidade de vida de forma que reduza a vulnerabilidade e os riscos que se relacionam com o modo de viver, com a habitação, cultura, lazer, etc. (Brasil, 2011a, p. 6).

Estas ações, de iniciativa do Governo Federal, estruturam-se por meio de políticas intersetoriais que envolvem o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Buscam, sobretudo, uma formação voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos que promova o “desenvolvimento pleno deste público”, ou seja, visam ao desenvolvimento em educação, em saúde clínica e psicossocial. Estas ações de política integrada também visam à promoção da saúde e têm como principal diretriz a intersetorialidade.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a), o Programa Saúde na Escola (PSE) deverá ser implementado por meio do processo de adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios considerando os objetivos e as diretrizes do programa. A adesão ao programa é formalizada através de um termo de compromisso que considere, no seu planejamento, o contexto escolar e social e o “diagnóstico local” em termos de saúde do escolar.

De acordo com o que é apresentado pelo documento instrutivo do PSE (Brasil, 2011a), o “diagnóstico local” em saúde do escolar efetiva-se mediante a avaliação das condições de vulnerabilidade de crianças e adolescentes ao uso de drogas, tabaco, álcool, assim como às DSTs/HIV/aids, hepatites virais e gravidez precoce. Este diagnóstico resulta de ações intersetoriais que viabilizam identificar as necessidades de saúde existentes dentro de cada grupo. Deste modo, torna-se possível estruturar os temas pertinentes para cada necessidade diagnosticada.

Para tanto, o processo de implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) deve acontecer por meio da ação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF)¹, as quais deverão criar, junto às unidades de Educação Básica, estratégias para a articulação entre saúde e educação, de acordo com o artigo 4º, parágrafo único, do Decreto n. 6.286 (2007), que estabelece:

Art. 4º - parágrafo único: As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

¹ O PSF se refere ao Programa Saúde da Família, instituído em 1994, por determinação da Portaria nº 692 de 25 de março de 1994. No entanto, em 28 de março de 2006, entrou em vigor a Portaria nº 648/GM que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Esta portaria, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tendo em vista que o PSF é uma estratégia de abrangência nacional a denominação passou a ser Estratégia Saúde da Família – ESF – e é considerada uma “estratégia essencial para a reorganização da atenção básica” (Brasil, 1997).

Segundo informações prestadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), o modelo de atuação da Estratégia Saúde da Família define a realização da atenção primária centrada na família em integração com a comunidade, com a finalidade de intervir de maneira adequada e precoce, dando destaque à prevenção e educação em saúde. Este programa busca a cobertura e amplitude de acesso, assim como a continuidade das ações de saúde e trabalho em equipe multiprofissional que se responsabilizam por desenvolver ações de promoção de saúde e de prevenção. Também incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – “universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade” - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.

No tocante às prioridades do Sistema único de Saúde (SUS), os grupos populacionais mais vulneráveis são assistidos pelas equipes de saúde da Atenção Básica, as quais assumem o trabalho com os seguintes grupos: “gestante, puérpera, recém-nascidos, a criança menor 5 anos, a criança portadora de deficiência e aquelas egressas de internações.” (Brasil, 2004, p. 41),

[...] definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Nesse aspecto, a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas. (Brasil, 2004, p. 13)

Como foi citado anteriormente, o Programa Saúde na Escola (PSE) deve ser executado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, especificamente, pelos agentes comunitários de saúde que as integram. O trabalho destas equipes é, justamente, o de realizar o monitoramento de toda a população das respectivas áreas de abrangência. As equipes da Estratégia Saúde da Família possuem atribuições e funções que as aproximam da comunidade, entre as quais se destacam:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;

- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. (Brasil, 1997, p. 14)

Cumprir considerar o que estabelece o artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, o qual está assim redigido:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

XIII - organização dos serviços públicos de modo *a evitar duplicidade de meios para fins idênticos* [grifo nosso] (Lei 8.080, 1990).

Pelo que está determinado na política do Programa Estratégia Saúde da Família o atendimento básico em saúde deve estar a serviço de toda a comunidade e de todas as famílias. Desta maneira, o atendimento e a atenção às famílias estão circunscritos a áreas de abrangência e regiões previamente determinadas e serão acompanhados, por sua vez, pelo programa da Política Nacional de Atenção Básica a Saúde². (Brasil, 2001).

No tocante ao PSE, as leis, portarias e decretos, todos com objetivos, diretrizes e metas específicos, situam cronologicamente o percurso legal deste programa no Brasil (ANEXO D). Da mesma forma, conforme o que estabelece a legislação³ em vigor, os programas buscam a melhoria na qualidade de vida a concretização de ações intersetoriais que permitam redimensionar a relação entre saúde e educação (Brasil, 2011a).

Ao recuperar - ainda que brevemente - o histórico do Programa Saúde na Escola (PSE), constatamos que este tema já vem sendo abordado sob outras denominações,

² “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (Brasil, 2009b, p. 43-44).

³ Ao longo deste trabalho apresentaremos as principais leis, decretos e portarias que compõem o processo de construção jurídica da atual política brasileira de saúde escolar.

desde o início do século XX. Um exemplo disto é um marco importante na atenção à saúde da criança foi a criação do “Instituto de Proteção e Assistência à Infância⁴”, fundado em 1899 pelo médico pediatra Arthur Moncorvo Filho⁵ (1871-1944). Moncorvo foi um expressivo defensor da infância no Brasil e responsável pela propagação das ideias e serviços oferecidos pelo Instituto, o qual ele mesmo coordenava. Entre as ações do Instituto de Proteção e Assistência à Infância se destacam as noções de higiene, serviços de proteção à mulher grávida e a criação de um serviço de inspeção de higiene escolar. Outro exemplo é o programa “Gota de Leite”, por meio do qual, “[...] sob a mais rigorosa fiscalização científica, centenas de milhares de litros de leite esterilizado eram distribuídos somente às crianças que não podiam dispor de aleitamento natural”. (Moncorvo Filho, 1926, p. 157)

Além do já exposto, outro ponto a ser considerado - este na atualidade - refere-se ao atendimento prestado pelas equipes de Saúde da Família, que são responsáveis por realizar o acompanhamento de toda a população, desempenhando a função de atender todos os membros de cada família, e pela execução do Programa Saúde na Escola (PSE). Este fato nos leva a questionar a necessidade de atender a população infanto-juvenil dentro do contexto escolar, uma vez que estes atendimentos básicos são já contemplados tanto na Política de Atenção Básica quanto na Estratégia Saúde da Família, independentemente de as crianças participarem ou não da rede de ensino.

Conforme exposto anteriormente, o Programa Saúde na Escola busca a melhoria da qualidade de vida por meio de ações intersetoriais que permitam redimensionar a relação entre saúde e educação. (Brasil, 2011a), como se lê abaixo:

A intersetorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações. Esse conceito desperta para a necessidade de participação da unidade de saúde nas redes sociais locais que se constituem, a partir do território, na defesa dos direitos da criança. (Brasil, 2004, p. 13)

Neste sentido, compreender o enfoque intersetorial, o qual agrega diversos saberes, é imprescindível para a busca do atendimento integral da criança, de um

⁴ “Em 24 de março de 1889, na Rua da Lapa, nº 93, no Rio de Janeiro, residência de Moncorvo Filho, deu-se a fundação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro, em uma reunião que contou de diversas personalidades da capital da República, entre médicos, juristas, políticos e pessoas da alta sociedade, personalidades que apoiavam a iniciativa daquele médico e compartilhavam dos ideais higiênicos.” (Silva Junior & Garcia, 2010, p. 619).

⁵ “Arthur Moncorvo Filho (1871-1944) empenhou parte de sua vida em prol da infância, prestando atendimento médico e assistencial às crianças consideradas ‘material e moralmente abandonadas’.” (Zaniani, 2008, p. 10-11)

atendimento que considere suas necessidades também na idade escolar. Levando-se em consideração estas necessidades, a Estratégia de Saúde da Família tem grande importância, pois direciona o cuidado à saúde do escolar através do atendimento integral utilizando-se do trabalho em equipe, sob uma visão intersetorial.

A Lei 8080/1990 estabelece:

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Da mesma forma, está explícito em seus artigos 2º e 3º que é dever do Estado garantir a saúde como um direito fundamental, dando ênfase à necessidade de constituir políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos.

Diante do exposto, desenvolvemos este estudo com o objetivo geral de investigar a compreensão e o significado do PSE e os resultados alcançados ou previstos para os profissionais envolvidos com o desenvolvimento deste programa.

O estudo tem como objetivos específicos: 1- descrever como a Estratégia Saúde da Família tem atendido às demandas do PSE; 2- identificar como tem se dado a intersetorialidade entre saúde e educação; 3- verificar a relação entre a esfera municipal e os responsáveis pela mobilização do programa; 4- conhecer a implementação do Programa Saúde na Escola instituído pelo Decreto n. 6.286 de 5 de dezembro de 2007 em municípios de pequeno porte no Estado do Paraná;

Esta discussão é pertinente, pois nos permite compreender historicamente e analisar a concepção da relação entre saúde e educação no contexto brasileiro, buscando localizar a sua construção no interior de processos políticos, culturais e contextos sociais, assim como entender algumas práticas que se mostraram eventuais, arbitrárias e até excludentes. Entendemos que discursos sobre saúde e educação não são desenvolvidos de forma aleatória em um determinado tempo ou lugar, ao contrário, são construídos historicamente pelos sujeitos que compõem a história.

Esta dissertação integra o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e faz parte das pesquisas realizadas pelo Grupo de

Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e Eugenia, devidamente inscrito no CNPq (Gephe, 2000).

É importante destacar que as leituras preliminares que antecederam esta etapa de nosso trabalho nos possibilitaram a realização de um estudo cuidadoso dos meandros do Programa Saúde na Escola (PSE).

Para alcançar os objetivos propostos, desenvolvemos uma pesquisa de campo. Para isto utilizamos como recurso metodológico a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais da área de saúde e de educação de dois municípios do interior do Estado do Paraná vinculados a 15ª Regional de Saúde. Através das entrevistas, pudemos verificar a visão destes profissionais sobre o Programa Saúde na Escola e como compreendem a ação intersetorial entre Saúde e Educação.

Antes das entrevistas fizemos um levantamento bibliográfico e documental sobre o tema pesquisado o qual serviu de base para a compreensão e posterior análise dos resultados. Alguns autores já se dedicaram a este assunto, entre os quais podemos citar Lima (1985), Silva (1999), Spazziani (2001), Valadão (2004), Silva (2010) e Villardi (2011).

Quanto à apresentação, este estudo está organizado da forma descrita abaixo.

No primeiro capítulo apresentamos os aspectos atuais do Programa Saúde na Escola (PSE), bem como os seus aspectos históricos. Para tanto, apresentamos as diretrizes e o resgate histórico do programa na atualidade, em que mostramos sua organização e relevância fazendo a correlação entre saúde e educação.

No segundo capítulo mostramos o caminho percorrido para a realização deste estudo, iniciando pela metodologia preferida. Também apresentamos a caracterização dos municípios escolhidos, o desenvolvimento e o procedimento da coleta e a análise dos dados e as considerações éticas envolvidas na elaboração e desenvolvimento desta pesquisa.

No terceiro capítulo exibimos a análise e a discussão dos temas selecionados: 1) Conhecimento inicial do programa para a sua implantação e implementação; 2) A intersetorialidade entre Saúde e Educação; 3) A compreensão e o significado do PSE; 4) A atuação do ESF na execução do PSE.

Finalizando, lançamos algumas ideias a título de considerações finais. Em síntese, tomamos conhecimento dos antecedentes históricos da Saúde Escolar no Brasil, adquirindo conhecimento das iniciativas em cuidados com a saúde da criança no contexto escolar. Estas iniciativas surgiram no final do século XIX e início do século

XX, por conta do alto índice de mortalidade infantil que se verificava no País, decorrente das mudanças no contexto econômico e social.

Verificamos que os princípios do Programa Saúde na Escola não foram completamente compreendidos pelos profissionais da saúde e da educação, pois, de acordo com eles, no processo de implantação e implementação do programa surgiram muitas dúvidas que dificultam sua compressão e execução.

Concluimos que no processo de expansão do programa ainda há fragilidades no que se refere ao repasse de informações, dentro da escala hierárquica do PSE. Este fato influenciou diretamente a construção e o fortalecimento da articulação intersetorial das áreas de saúde e de educação.



Figura 2. Moncorvo Filho atendendo uma criança no Dispensário, 1927.

1 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

1.1 OS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL

A escola tem sido até aqui um foco de difusão de moléstias contagiosas e frequentemente o ponto de partida de epidemias de casa e de paroxismos epidêmicos urbanos é constituído pela existência de casos de contágio nos estabelecimentos de instrução. (Moncorvo Filho, 1926, p. 192)

Segundo Fausto (2003), no final do século XIX ocorreram muitas mudanças no Brasil, nos níveis social, político e econômico, entre elas a Proclamação da República, a abolição da escravatura e a chegada de muitos imigrantes ao país - o que aumentou expressivamente o número de pessoas nos centros urbanos. Com as mudanças no desenvolvimento industrial as cidades tiveram um crescimento acelerado, e com esse crescimento vieram mudanças tecnológicas, econômicas e demográficas, assim como mudanças de valores, conceitos e subjetividades.

Juntamente com as mudanças decorrentes do processo de industrialização e urbanização, muitos problemas também surgiram com o crescimento urbano: a falta de moradia, o desemprego, a miséria e as desigualdades sociais, a que se somaram altas

taxas de mortalidade infantil e a propagação dos casos de sífilis e do alcoolismo, as quais acabaram contribuindo para o desenvolvimento de programas sanitários.

Para melhor ilustrar este cenário, Costa (1985) mostra a necessidade que então se constatou de desenvolver e adotar campanhas sanitárias em prol do bem-estar da população na cidade do Rio de Janeiro. As campanhas tinham como alvo o combate à proliferação de doenças infectocontagiosas como “febre amarela, peste, cólera, varíola, impaludismo, lepra, tifo e tuberculose”. Da mesma forma, urgia a necessidade de fiscalizar as condições de higiene e do estado de saúde dos moradores que se agrupavam em moradias coletivas como cortiços, hospedarias, albergues e outras: “As condições sanitárias do início do século viabilizaram o vigoroso impulso a investigações no campo da microbiologia, protozoologia, entomologia, helmintologia, fisiologia, etc., especialmente sob o patrocínio do Instituto Oswaldo Cruz, a partir de 1908.” (Costa, 1985, p. 33)

Por outro lado, de acordo com o relato de Costa (1985), no início do século XIX eram muito precárias as condições de organização dos serviços de saúde e de ações referentes às práticas sanitárias. Desse modo, a sociedade não se apropriou de medidas capazes de combater a “morbidade” e a “mortalidade”, pois a “população não foi objeto de intervenção.” A medicina se preocupou com os espaços físicos da cidade, de forma que os cuidados com a higiene e o asseio consistiam na limpeza das ruas, do ar, das casas, das águas paradas. Conforme afirma Costa (1985, p. 34), “os problemas de higiene ficavam sob a responsabilidade das autoridades locais, que tomavam medidas contra a imundície das ruas e quintais.”

De acordo com Buchalla, Waldman e Laurenti (2003), até o final do século XIX o índice de mortalidade infantil apresentava números muito significativos, resultantes da inexistência de saneamento e das condições precárias das moradias, aumentando assim a mortalidade por “diarreia, varíola, peste, cólera e tuberculose, mesmo em países desenvolvidos.”

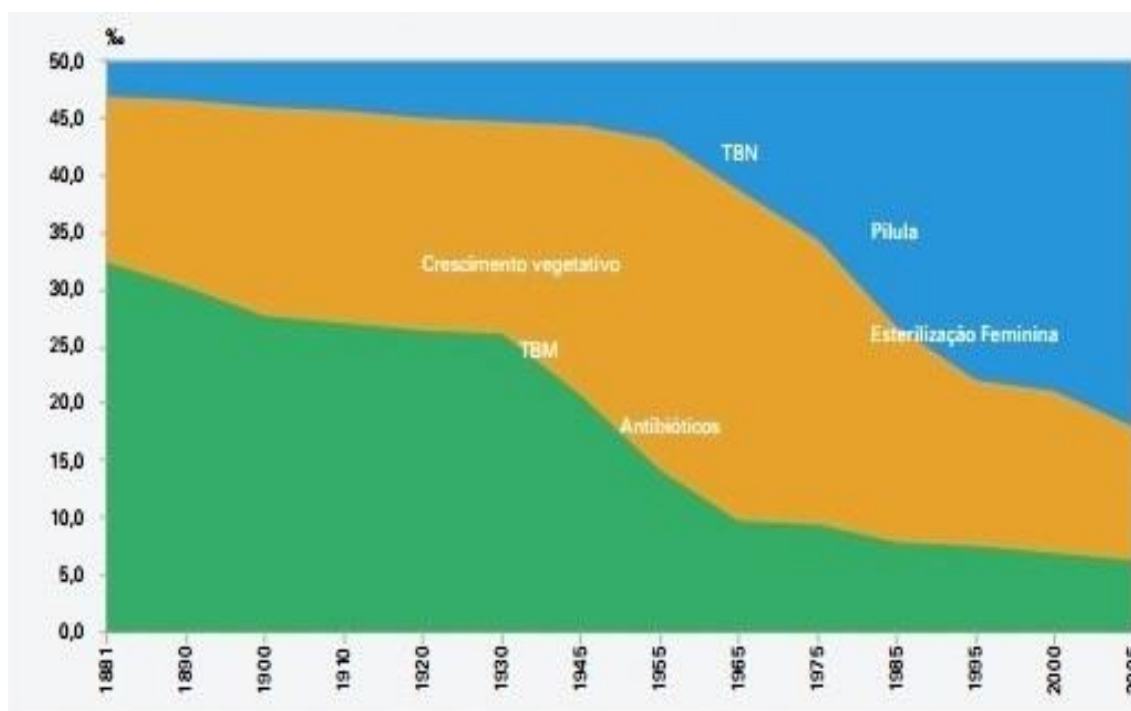


Figura 3. Evolução da natalidade e da mortalidade⁶ no Brasil - 1881/2005.

Fonte: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2009).

TBN- Taxa Bruta de Natalidade; TBM- Taxa Bruta de Mortalidade.

Eventos desta natureza causaram muita preocupação entre os estudiosos da época, dentre eles destacou-se Arthur Moncorvo Filho (1871-1944), o qual foi fundador do “Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro”⁷.

Moncorvo Filho (1926) informa ainda que, por iniciativa própria, desenvolveu, em 1907, um intenso estudo em oficinas e escolas, dando destaque à campanha contra tuberculose infantil, e solicitou ao então prefeito municipal do Distrito Federal permissão para que fossem realizadas visitas às escolas públicas municipais para o diagnóstico e acompanhamento dos alunos, que eventualmente fossem acometidos pela tuberculose. Caso houvesse a confirmação da doença estes alunos seriam atendidos e

⁶ “Desde o Século XIX, tanto os níveis de fecundidade como os de mortalidade mantinham-se com pequenas oscilações em patamares regularmente elevados, sendo que a mortalidade começou a apresentar leves e graduais declínios já a partir do final do século, enquanto a fecundidade experimentava declínios ainda menos significativos, em algumas regiões específicas, a partir do início do Século XX. Os elevados valores das taxas brutas de natalidade que oscilavam entre 45 e 50 nascimentos por mil habitantes, e as taxas de fecundidade total, que variavam entre 7 e 9 filhos, em média, por mulher, refletiam a prevalência de uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas.” (IBGE, 2009)

⁷ “Em 24 de março de 1889, na Rua da Lapa, nº 93, no Rio de Janeiro, residência de Moncorvo Filho, deu-se a fundação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro, em uma reunião que contou de diversas personalidades da capital da República, entre médicos, juristas, políticos e pessoas da alta sociedade, personalidades que apoiavam a iniciativa daquele médico e compartilhavam dos ideais higiênicos.” (Silva Junior & Garcia, 2010, p. 619).

medicados, gratuitamente, pelo Dispensário Moncorvo⁸; porém o seu pedido, em um “gesto de desconsideração”, foi arquivado.

Mesmo diante do “completo desinteresse pela causa da infância” por parte do Poder Público, Moncorvo Filho (1926) recorreu ao diretor da Imprensa Nacional e solicitou que fosse realizada uma inspeção médica dos menores aprendizes que trabalhavam neste setor, assim como na Casa da Moeda. Na ocasião desta inspeção, realizada em 88 crianças, constatou-se que 63 (71%) delas estavam contaminadas pela tuberculose.

Já em 1908, aconteceu o importante “Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada⁹” na capital do Brasil, evento em que foram longamente debatidos assuntos referentes à proteção à infância. Neste evento também foram apresentados dados do Instituto de Assistência à Infância, fundado e dirigido pelo Dr. Moncorvo Filho. Complementando suas ações, o autor exibiu uma emenda substitutiva ao artigo 1º, Letra D, formulado em 1904¹⁰. Moncorvo Filho sugeria “a fiscalização ao trabalho e a inspeção médica dos menores nas fábricas e mais estabelecimentos industriais e comerciais; bem como das pequenas indústrias exercidas pelos menores nas ruas.” (Moncorvo Filho, 1926, p. 175)

O Dr. Moncorvo Filho (1926) salientava, inclusive, a necessidade de se cuidar da “higiene ocular” das crianças nas escolas públicas do Distrito Federal além de outras propostas como:

Que, entre as atribuições da Assistência Pública Municipal, seja incluída a da assistência médica à infância escolar, estabelecendo-se inspeções quinzenais nas escolas municipais e particulares, de modo a evitar-se a propagação de afecções contagiosas, que não inibem os alunos de frequentar as escolas e que, entretanto, podem determinar a disseminação de futuros males. (Moncorvo Filho, 1926, p. 176)

⁸ “O Dispensário Moncorvo, afiliado ao Instituto, oferecia vários tipos de serviços, de ginecologia à cirurgia dentária, incluindo distribuição de leite, creches, consultas para lactantes, aulas sobre saúde, assistência para os recém-nascidos, vacinação, terapia de massagem, eletroterapia, banhos medicinais, tratamento de doenças infantis dos olhos, orelhas, nariz, garganta e dente, além do dispensário infantil e pré-natal.” (Wadsworth, 1999, p. 3)

⁹ “Em 1908, a prefeitura do Distrito Federal promoveu um Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. O evento foi organizado por Olavo Bilac e Ataulpho de Paiva com o objetivo de fomentar um processo de organização e uniformização de todas as atividades de assistência pública e privada existentes na capital federal. O congresso reuniu interessados na questão do combate à pobreza. Foram convidadas também algumas instituições, como sociedades científicas, faculdades, corporações, hospitais, associações mutualistas e instituições de caridade. O evento foi dividido em quatro seções de discussão, cada uma privilegiando uma modalidade de assistência: pública, médica, à infância e externa.” (Viscardi, 2011, p. 189)

¹⁰ Projeto de Lei, que discute a tese de Proteção à Infância, formulado pelo Dr. Moncorvo Filho em 1904 e relatado pelo jurista Souza Bandeira no “Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada” ocorrido em 1908.

Outro dado relatado pelo médico refere-se à primeira ideia de “creche”, lançada em 1874 por Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901); mas a primeira “creche popular cientificamente dirigida” foi inaugurada no Brasil em 20 de junho 1908 e era destinada a receber crianças de até dois anos “filhos de operárias e famílias enquanto seus pais estavam no trabalho.” (Moncorvo Filho 1926, p. 178)

Moncorvo Filho (1926) também chamava a atenção para inexistência no País, de “inspeção sanitária escolar”, ao contrário de outros países que já se beneficiavam desta prática. Segundo o autor, deveriam ser realizadas visitas “hebdomandárias”, ou seja, visitas semanais às escolas públicas.

Em 1909, realizou-se o IV Congresso Médico Latino Americano (CMLA), no Rio de Janeiro, no qual o eminente pediatra Clemente Ferreira apresentou uma importante contribuição intitulada “A inspeção médica dos colegiais”, assim redigida:

2º- A infância, principalmente na idade escolar, que é a fase da evolução, sofre a agravação das taras hereditárias e adquire defeitos, atitudes e imperfeições corporais que muito importa combater, atenuar e prevenir.

5º- A escola até aqui um foco de difusão de moléstias contagiosas e frequentemente o ponto de partida de epidemias de casa e de paroxismos epidêmicos urbanos e constituído pela existência de casos de contágio nos estabelecimentos de instrução.

6º- A inspeção médica das escolas representa uma providência de elevado alcance preventivo no ponto de vista da difusão de enfermidades infecto contagiosas, constituindo um complemento valioso das operações de defesa sanitária e um poderoso fator de profilaxia coletiva, principalmente nos aglomerados urbanos.

11º- Não é possível adiar por mais tempo a organização metódica deste serviço no Brasil. Impõe-se a adoção desta providência de indiscutível relevo sanitário e econômico, ao menos nas cidades e nos Estados em que mais regularmente funcionam os serviços de higiene pública. (Moncorvo Filho, 1926, p. 192-193)

Em 1909 Moncorvo Filho apresentou um projeto de organização do “serviço especial de inspeção médica escolar”. Este serviço tinha por finalidade zelar pela higiene das escolas do Distrito Federal, visando ao cuidado com a saúde dos alunos e à instituição de práticas de inspeção para o combate a doenças no ambiente escolar. Os responsáveis por este serviço eram “um chefe de serviço, um secretário, cinco médicos escolares (dois oculistas e quatro auxiliares do Serviço (estudantes do 4º ano médico em diante)”. (Moncorvo Filho, 1926, p. 196)

Esta comissão era responsável por criar espaços físicos e arquitetônicos que estivessem de acordo com as necessidades e normas de higiene e avaliar o mobiliário

escolar e o material usado pelos alunos, assim como avaliar precocemente os casos de doenças infectocontagiosas e, havendo necessidade, indicar o isolamento dos afetados. Ficava também sob a responsabilidade desta comissão a avaliação e o encaminhamento de crianças que apresentassem anomalias físicas e mentais para identificar as possíveis “taras hereditárias”.

Durante seis meses Moncorvo Filho e sua equipe realizaram um intenso trabalho para a efetivação de suas propostas de saúde, mas em maio de 1910 foi afastado o prefeito Serzedello Corrêa, que havia dado plenos poderes de atuação para Moncorvo e sua equipe e o novo prefeito, que assumiu a administração pública em novembro do mesmo ano, dispensou a equipe médica. Em manifesto de inconformidade, Moncorvo lamentou que “o Brasil fora dos países civilizados, o último a instalar o serviço de higiene escolar e primeiro a suprimi-lo.” (Moncorvo Filho, 1926, p. 217)

Moncorvo Filho (1926) marcou sua carreira com a presidência do *Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância*¹¹, o qual foi organizado pelo *Departamento da Criança no Brasil*¹². Segundo Moncorvo Filho, este congresso seria uma conquista, pois o movimento de proteção e assistência à infância tinha como principal objetivo aliar subsídios de ação e produção de conhecimento em torno da infância brasileira. Conforme Zanélla (2014, p. 34) “[...] o evento reuniu 2632 inscritos, com participantes dos seguintes países: Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Estados Unidos, Guatemala, México, Paraguai, Peru, S. Salvador, Uruguai e Venezuela.”

Contemporâneo de Moncorvo Filho, o médico Afrânio Peixoto¹³ (1876-1947) em uma publicação datada de 1930 na qual faz considerações, em capítulo específico, sobre “educação: higiene escolar”, também dá ênfase ao acentuado problema de saúde da população escolar. Nesta obra, Afrânio Peixoto faz importantes referências à vigilância sanitária no contexto escolar e destaca a fundamental importância da prática da vigilância sanitária, uma vez que traz benefícios quanto à prevenção de doenças

¹¹ “O Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância foi realizado foi idealizado ainda em 1916, por ocasião do Congresso Americano da Criança, ocorrido em Buenos Aires. Moncorvo Filho vinha planejando-o desde 1919, para ser efetivado em julho de 1920. Contudo, sua realização foi adiada várias vezes por conta da demora na aprovação de um projeto de lei que auferia sobre o financiamento das despesas. A pedido da Presidência da República, a data de sua realização foi transferida para 1922, com vistas a complementar as comemorações que estavam sendo preparadas para o Centenário da Independência da República.” (Zaniani, 2008, p. 13)

¹² Conforme Moncorvo Filho (1926), o Departamento foi reconhecido como de Utilidade Pública Municipal pelo Decreto n. 2340, de 18 de novembro de 1920, cujo funcionamento se estendeu até o ano de 1938.

¹³ Professor da Faculdade de Medicina e de Direito da Universidade do Rio de Janeiro.

transmissíveis. Para tanto, era necessário adotar medidas em nível material tanto no que se refere a “[...] ventilação, iluminação, mobiliário, lavatórios, aparelhos sanitários, etc.” (Peixoto, 1930, p. 368), como no tocante à “vigilância individual dos alunos”.

Conforme Peixoto (1930), os alunos deveriam ser examinados pelo “inspector sanitário”. Este, por sua vez, desempenhava a função de avaliar as condições de saúde dos estudantes, com o intuito de prevenir “perigos possíveis a coletividade escolar”. Os exames realizados eram da seguinte ordem: “antropológico”, cuja finalidade era avaliar o desenvolvimento físico, observando a faixa etária “[...] altura, peso, perímetro torácico ao nível axilar, amplitude respiratória entre a máxima inspiração e a expiração máxima.”; “fisiológico”, cujo objetivo principal era a avaliação da “agudeza visual e auditiva”; e o exame “geral”, o qual possibilitava conhecer o desenvolvimento dos músculos e ossos, do desempenho das funções respiratórias e, entre outras, de “heredossifilis e degeneração alcóolica, nervos ou mental.” (Peixoto, 1930, p. 369)

A coleta destes dados compunha a “ficha sanitária do aluno”. Os exames eram realizados a cada três meses, o que possibilitava a segurança de todos. Conforme destaca o autor, eram múltiplas as funções do “médico escolar”, as quais, associadas às dos “mestres” escolares, visavam a defesa da saúde física e mental do aluno. O autor lembra que o cuidado com as doenças transmissíveis no contexto escolar também se estendia a todas as outras pessoas presentes na escola, “mestres, professores, guardiães, serventes, bedéis”. Afirma Peixoto (1930):

A tuberculose, sífilis, a febre tífica, pelos portadores de bacilos, podem assim, desconhecidas e não afastadas por um diagnóstico oportuno, se propagar aos alunos, em contágio possível e provável. Principalmente as doenças e infecções frequentes na infância exigem reconhecimento pronto, para evitar o contágio dos sãos pelos infecciosos ou infestados: é o caso do sarampo, da varíola, da escarlatina, da erisipela, da coqueluche, da caxumba ou trasorelho, da gripe, da difteria, da sarna, da pitiríase, do impetigo, do ectima, da tinha favosa ou tricofítica... ou ainda da meningite cerebrospinal, da tuberculose, da sífilis, da febre tífica e outras muitas...” (p. 371)

Segundo Peixoto (1930), a preocupação e o interesse em conhecer a tempo a contaminação pelas doenças citadas, possibilitariam a tomada de providência através do isolamento e a desinfecção do ambiente, quando necessário. Findo este processo, os alunos eram readmitidos após novos exames médicos que constatassem que o perigo da contaminação já tenha sido afastado.

O despertar da proteção à infância no Brasil, segundo Rizzini (1997), demonstra o reconhecimento do valor que a criança passou a ter para o país ao ser percebida como

um “valioso patrimônio” e reconhecida como a “chave para o futuro” pela sua qualidade de maleabilidade, condição pode ser transformada. “A criança é a sementeira do porvir, apliquemo-nos, com afinco, com paixão e carinho ao trabalho meritório de formar em cada criança um homem digno de amanhã.” (Atas do Congresso, 1923, p. 134)

Moncorvo Filho também ressalta que a falta de conhecimento da população acerca dos hábitos de higiene era um fator que desencadeava os altos índices de mortalidade infantil; porém, como observa Zaniani (2008), atribuía-se à população desprivilegiada a responsabilidade por esta “mazela social”, desconsiderando-se as intercorrências e interferências socioeconômicas.

A discussão sobre as desigualdades sociais também foi destaque na abordagem de Wissembach (1998), que aponta o reflexo da abolição da escravatura na instituição do trabalho “livre e assalariado”, por conta das modificações na economia agroexportadora e mineradora. Outro fator desencadeante das distintas diferenças materiais descritas pela autora como presentes nos finais do século XIX e início do século XX foi o grande e acelerado crescimento populacional das zonas urbanas, em razão da intensa movimentação de migrantes nacionais e estrangeiros dentro do País. Acontece que o aumento desmedido das populações urbanas não foi acompanhado pelo aumento da infraestrutura - como a oferta de empregos e de habitações. Segundo Wissembach (1998), esse aumento populacional não resultou em desenvolvimento, mas em “inchaço” dos grandes centros, acentuando, deste modo, as contradições e as desigualdades sociais.

Nesse contexto, em virtude das mudanças sociais, econômicas e políticas, tornou-se imperativo proteger a infância, e diante das novas necessidades, o País passou a movimentar-se no sentido de construir uma nova sociedade. Para tanto, conforme observa Zaniani (2008, p. 12), “Os higienistas entendiam que, para o país superar o atraso econômico e os problemas sociais, a população deveria modificar suas práticas, costumes e valores”. Sendo assim, as noções de higiene passaram a fazer parte das campanhas contra a mortalidade infantil, combatendo doenças e vícios, assim como a criminalidade e outras anormalidades comportamentais.

Não obstante, ao longo do século XX, com o aumento do saneamento nas cidades, a melhoria da qualidade na alimentação e o desenvolvimento de novas “tecnologias médicas”, houve um aumento considerável nas condições de vida da população, o que favoreceu uma visível “queda na mortalidade por doenças infecciosas, especialmente na infância.”

Pela Tabela 1, podemos observar os números e comprovar o decréscimo da taxa de mortalidade infantil¹⁴ entre os anos de 1930 e 1990.

Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões Brasil - 1930/1990.

Ano	Taxa de mortalidade infantil (‰)					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
1930	162,4	193,3	193,2	153,0	121,0	146,0
1935	152,7	170,0	188,0	145,0	120,0	133,0
1940	150,0	166,0	187,0	140,0	118,0	133,0
1945	144,0	156,0	185,0	130,0	113,0	123,0
1950	135,0	145,4	175,0	122,0	109,0	119,0
1955	128,2	127,5	169,6	108,0	94,7	114,0
1960	124,0	122,9	164,1	110,0	96,0	115,0
1965	116,0	111,3	153,5	96,0	84,0	99,0
1970	115,0	104,3	146,4	96,2	81,9	89,7
1975	100,0	94,0	128,0	86,0	72,0	77,0
1980	82,8	79,4	117,6	57,0	58,9	69,6
1985	62,9	60,8	93,6	42,6	39,5	47,1
1990	48,3	44,6	74,3	33,6	27,4	31,2

Fonte: Censo demográfico 1940-1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1950-1997; Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993, 1995. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15-17, 1997 (IBGE, 1999).

No início do século XX o higienismo ampliou-se no Brasil, instituindo-se uma nova forma de pensar, segundo a qual o desejo do país era estabelecer e fortalecer a “ordem”, o “progresso”, a “civilização” e a “Nação”. Para tanto, não dependia apenas da organização sanitária, o objetivo era, também, instaurar melhorias estruturais através da mudança e da correção dos problemas de ordem comportamental, visando assim a uma melhoria nas condições de saúde da população, “[...] expressando no plano político o atraso que existia no plano do desenvolvimento das forças produtivas do país. Mas o nacionalismo, como categoria ideológica, já brotava das ideias dos higienistas como preocupação essencial no desenvolvimento de seus trabalhos.” (Wanderbrook Jr., 2007, p. 27)

Segundo Silva (1999), na segunda metade do século XIX a saúde “entrava” nas escolas brasileiras com o objetivo de fazer o “controle epidemiológico de doenças” como a febre amarela, a varíola e a cólera. Os exames médicos e odontológicos

¹⁴ Em 1930, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era estimada em 168‰. Este valor, é bom que se diga, já era o resultado de um lento mas consistente declínio de mortalidade, iniciado desde o princípio do século que é o reflexo da implantação de determinadas políticas sanitárias em alguns centros urbanos nacionais. Nas décadas seguintes, embora lento, mantém-se a tendência de queda, fato comprovado, inclusive pelos valores das taxas de variação. Em 1965, seu valor cai para 116 (‰). É importante salientar que, entre 1965/70, reduz-se significativamente a velocidade de queda, refletindo, por certo, a crise social e econômica vivenciada pelo País, naquele período, decorrente dos ajustes econômicos que penalizaram pesadamente a população. (IBGE, 1999, p. 20)

realizados nos alunos tinham por finalidade detectar doenças ou “defeitos a serem corrigidos”, assim como hábitos e atitudes que precisavam ser criados ou modificados. Assim, “promover a higiene do ambiente escolar e a higidez dos corpos de alunos e professores, fazer inspeções médicas e atendimento odontológico, ensinar normas de saúde eram, então, o expediente da Saúde Escolar, para permitir que as crianças aprendessem.” (Silva, 1999, p. 30)

Nesta perspectiva, o avanço do higienismo, por meio do sanitarismo, possibilitou o desenvolvimento da medicina, que por sua vez, conquistou espaço junto aos intelectuais, economistas e governos. “O caminho para o higienismo estava pavimentado, e logo os problemas sanitários ocupariam papel coadjuvante na medicina, que elegeria um novo protagonista da higiene: a mente.” (Wanderbroock Jr., 2007, p. 27).

A higiene mental ultrapassa a perspectiva de evitar as doenças infecto contagiosas ao decidir combater e “higienizar” os processos de comportamentos sociais.

[...] higiene mental apresenta duas faces: uma, tendo em vista o trabalho defensivo contra as causas da degeneração psíquica, é a profilaxia mental; outra, procurando preparar o equilíbrio de adaptação entre a mentalidade individual e o meio físico e social, é a higiene mental propriamente dita. (Fontenelle, 1925, p. 1)

Conforme apontado por Fontenelle (1925), “encontra-se na educação a forma útil” de realizar a higiene mental. Segundo o autor, a higiene mental considerava dois elementos: a estrutura física do indivíduo com suas características e o meio físico social, que por sua vez, estimula estas mesmas características, criando assim, uma interdependência entre o físico e o psicológico.

De acordo com Fontenelle (1925), os instintos herdados, ao serem repetidamente estimulados pelo meio externo, conduzem à “mecanização das reações” e à “formação de hábitos”, e não só “hábitos de pensamento”, mas também “hábitos de vontade”. Assim, a higiene mental torna-se uma questão educativa que prepara a “adaptação perfeita” do adulto futuro. “[...] a ideia de cuidar-se da saúde das crianças das escolas, de fazer-se-lhes a educação higiênica, de examinar-se-lhes sistematicamente o corpo e o espírito e de corrigir-se-lhes os defeitos e os devios.” (Fontenelle, 1925, p. 7)

O foco central da Liga Brasileira de Higiene Mental/LBHM¹⁵, que primava pela busca da perfeição do corpo e da mente, considerava a infância como uma fase

¹⁵O médico Gustavo Riedel criou A Liga Brasileira de Higiene Mental/LBHM, Órgão de Utilidade Pública instituída pelo Decreto Federal nº. 4.778 de 27/12/1923. Os objetivos principais da Liga incluíam a realização de um amplo programa de Higiene Mental no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social (Riedel, 1925).

fundamental para o desenvolvimento do ser humano. Deste modo, tornava-se uma necessidade criar escolas especializadas em preparar as crianças para a educação dos sentidos. Fontenelle (1925) sugeriu o desenvolvimento de um programa que fosse além da higiene mental, devendo ser capaz de:

- a) prover a fiscalização sistemática do desenvolvimento mental; b) procurar guiar os pais nos princípios educativos; c) utilizar enfermeiras e professores, em visitas aos lares, para auxílio e conselho aos pais; d) multiplicar e aperfeiçoar os jardins de infância; e) organizar a educação dos pais e mães para a sua funções futuras; f) organizar o descobrimento e educação dos deficientes mentais. (Fontenelle, 1925, p. 9)

As primeiras décadas do século XX foram um período marcado pela saúde escolar pautada pelos moldes higienistas e pelos pressupostos da teoria da eugenia¹⁶. Esta teoria estava em ascensão e consistia no aperfeiçoamento da raça humana, não só no que tange o desenvolvimento biológico, mas também, no que se refere ao comportamento humano, o qual se acreditava ser determinado pelos traços genéticos.

Afirma também Fontenelle (1925) que “a doença mental não é mais que a falência da adaptação [...]”, ou seja, através da higiene mental, dos cuidados com os pensamentos, com a conduta, é possível controlar as más “tendências herdadas”.

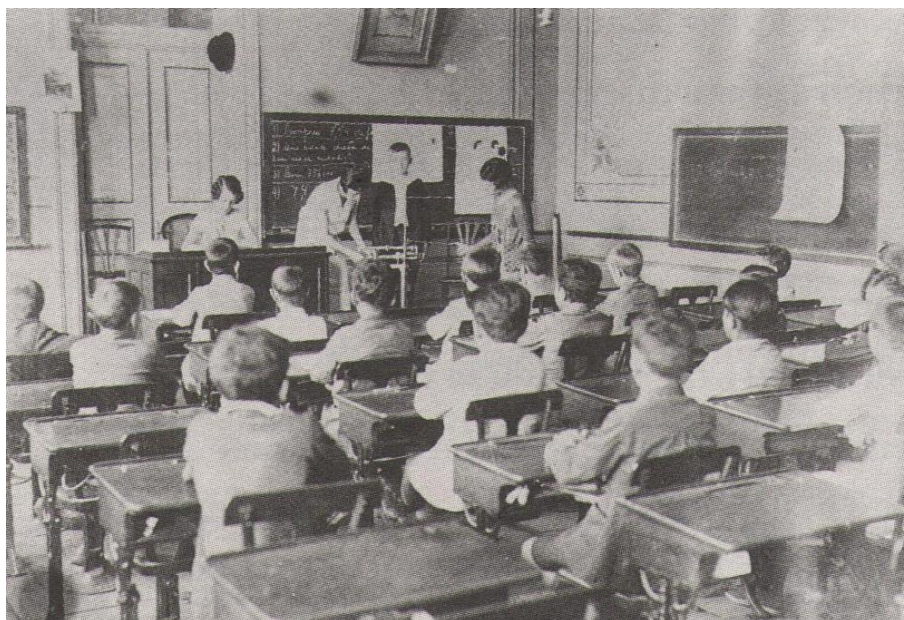


Figura 4. Educadoras sanitárias em ação nos grupo escolar paulistano “Regente Feijó” – 1925.

¹⁶ A eugenia é um movimento no qual a preocupação central está no aperfeiçoamento da espécie humana e atravessa toda a história da humanidade. Desde Licurgo, Platão, passando pela era medieval e sendo com Francis Galton (1822-1911), em 1883, ano em que o termo eugenia foi “cunhado”. Este estudioso sistematiza a eugenia enquanto ciência biológica em 1869. Suas ideias foram fundamentadas em Charles Darwin (1859) que realizou um estudo biológico relacionado a natureza enquanto que Galton aplicou os mesmos estudos a sociedade (Boarini, 2003)

1.2 SAÚDE ESCOLAR; PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

Lima (1985) faz uma abordagem histórica, política e ideológica sobre saúde e educação, e ao sintetizar o desdobramento histórico da “saúde escolar” e da educação no Brasil na transição do século XIX para o século XX, destaca o papel do Estado na promoção da saúde e da educação. Segundo o autor, as origens da “saúde escolar” fazem parte de um movimento de “ideias e práticas” defendidas por intelectuais do início da República no Brasil que traziam a representação de uma ideologia de “modernização, racionalização e moralização”. Referindo-se à história da saúde escolar, o autor afirma:

Não é fácil encontrar uma definição clara de saúde escolar. A maior parte dos textos que compilamos não a registra, passando de uma introdução que discursa sobre a importância da saúde nas escolas e uma breve resenha de nomes e ideias envolvidas na história desta disciplina ao exame de programas específicos ou de tópicos que interessam à saúde da criança em idade escolar. (Lima, 1985, p. 28)

De acordo com Lima (1985), a escola passou a ser concebida como um espaço para preparar a criança para o desenvolvimento social e o aperfeiçoamento de suas experiências. A saúde e os problemas de conteúdo social eram compreendidos como um dever e uma responsabilidade individual. O discurso nos anos 1980 e 1990 é o mesmo discurso “redentor” que a caracterizou no início do século XX, sendo marcada pela higiene escolar:

[...] já trazia em si antigas propostas de uma intervenção mais ampla no mundo escolar [...] e, principalmente, trazia uma nova missão – de redenção da pobreza através da educação sobre os novos hábitos de higiene, que melhorando os corpos pela ginástica, pela boa alimentação, pela redução da estafa provocada por maus hábitos de estudo e de posicionamento nas carteiras escolares, possibilitaria uma maior aptidão para o trabalho e para as obrigações impostas pela cidadania. (Lima, 1985, p. 86)

Verificamos em Boarini (2003) que as práticas de higiene, tanto com o ambiente quanto com o corpo, foram fundamentais e necessárias. Por conta das “contingências históricas” elas se tornaram indispensáveis, transformando-se em uma “questão de civilidade”; porém as soluções propostas para a resolução das questões de caráter bacteriológico se estenderam às questões de “caráter político-social”. Explica a autora:

A higiene, se imprescindível para a manutenção da saúde física, tanto individual quanto coletiva, possibilitou, por sua vez, desdobramentos de caráter ideológico. E aqui estamos entendendo como ideológico o fato de propor soluções fundamentadas

no saber da ciência da natureza para problemas de caráter político-social, como se caracterizou historicamente o movimento higienista do final do século XIX e início do século XX. (Boarini, 2003, p. 33)

Na tentativa de lançar luz sobre estas questões, Boarini (2003) relembra que no final do século XIX as descobertas da ciência - especificamente as de Louis Pasteur (1822-1895) - referentes à existência de organismos transmissores de doenças e infecções demonstraram, inclusive, que as pessoas saudáveis são vulneráveis a “microrganismos patogênicos”. As descobertas de Pasteur possibilitaram uma melhor compreensão dos malefícios à saúde que atingiam a população. Não obstante, segundo Boarini (2003, p. 35), mesmo com “[...] o desenvolvimento da ciência, da tecnologia, da indústria, da abundância de riquezas e, sobretudo, a prometida igualdade civil”, a grande maioria da população permanecia na miséria, vivendo em péssimas condições de moradia, de saúde e com altas taxas de mortalidade infantil. Mesmo com a riqueza abundante dos países industrializados, a população sofria com a degradação da vida, com a pobreza e com as condições precárias de saúde. Nestes termos, podia-se facilmente concluir que a doença resultava das condições de pobreza, e assim “[...] a combinação doença-pobreza vai se constituindo em terreno fértil para o surgimento do mito: a pobreza e a falta de higiene daí decorrente passa a ser a causa da doença.” (Boarini, 2003, p. 35). Desta maneira, a falta de higiene estava associada com a pobreza, e as doenças eram tidas como resultantes das precárias condições econômicas em que se encontrava a população desprivilegiada. Neste contexto, “[...] a educação higiênica passa a ser entendida como a redenção dessa lúgubre situação vivida pela classe trabalhadora. Constituem-se, assim, as grandes cruzadas em prol da higiene escolar, higiene social, puericultura, higiene mental, educação física, educação sanitária, etc.” (Boarini, 2003, p. 36)

Com a ampliação do movimento higienista, instituiu-se em vários estados brasileiros a higiene escolar, com a qual se pretendia melhorar a educação e a saúde através da seleção dos indivíduos, do ensino, da prática de hábitos de higiene e da alimentação saudável. Afirma Roxo (1925, p. 5):

O ensino deve ser ministrado de acordo com a evolução psíquica de cada um e as classes devem ser discriminadas de acordo com os ensinamentos dos psicólogos e não consoante o critério falível da idade. Da mesma forma, há crianças que tem grande habilidade manual e podem ser muito proveitosas na vocação que evidenciam, ao passo que no manuseio obrigatório dos livros se enervam e nada produzem. A seleção para as profissões deve desde logo ser feita. (Roxo, 1925, p. 5)

Neste sentido, Villardi (2011, p. 34) afirma que “[...] para compreender o modo como a saúde interferiu no pensamento dos educadores e nas suas condutas sobre saúde escolar é necessário explorar a trajetória das práticas sanitárias no Brasil articulando-as com o histórico da saúde escolar e com o da educação.”

Nesta perspectiva, seguimos sinalizando mudanças que ocorreram no campo da educação escolar.

1.2.1 A Educação escolar

Lourenço Filho assinala que no início do século XX deu-se um grande desenvolvimento dos sistemas públicos de educação nos mais diversos países, verificando-se uma crescente manifestação de interesse pelo estudo da biologia e psicologia da criança e do adolescente, o que resultou, inicialmente, em uma nova forma de compreender a infância. Da mesma forma, intensificou-se a busca por instrumentos eficazes de avaliação das “capacidades e condições da aprendizagem”. Concomitantemente, houve um aumento da consciência dos objetivos sociais da escola, “impondo uma reforma dos sistemas de ensino tendente a solver problemas da saúde, do ajustamento, à família e ao trabalho, com criação correlata de instituições auxiliares da escola” (Lourenço Filho, 1978, p. 26). Analisa o autor:

[...] será preciso considerar que a expansão dos sistemas escolares, em quase toda a Europa e vários países da América e da Ásia não se dava ao simples arbítrio dos governantes. Concorriam para ela razões políticas por expansão de ideias democráticas, e outras derivadas de transformações da vida econômica. O trabalho industrial começava a modificar muitas regiões, deslocando do campo para as cidades consideráveis grupos de população; maiores aplicações tecnológicas transformaram os transportes facilitando o intercâmbio comercial e a melhoria das comunicações; cresciam e se higienizavam as cidades; o aumento vegetativo da população alcançava novo ritmo. Certas ideias de mudança da vida político-social encontraram, assim, possibilidades de afirmação e desenvolvimento. (Lourenço Filho, 1978, p. 22)

Embora fuja ao escopo deste estudo, é importante considerar a observação feita por Braverman (1981) de que durante o século XX houve um expressivo aumento das “especialidades científicas”, exigindo da educação o aumento da escolarização em nível superior¹⁷.

¹⁷ A função da escola era formar profissionais especializados nas diversas áreas. Para tanto, houve aumento da carga horária escolar a qual não foi acompanhada pelo aumento da qualidade dos conteúdos

Da mesma forma, na década de 1930 um significativo movimento de educadores brasileiros discutiu e propôs ideias pedagógicas que se opunham às práticas e conceitos predominantes nas escolas da época. Esse movimento foi chamado de Escola Nova.

1.2.2 A Escola Nova

Havia uma preocupação entre os educadores no sentido de introduzir ideias e técnicas que fizessem da educação um processo mais eficiente. Para tanto, o movimento da Escola Nova, nascido na Europa no final do século XIX, apresentava-se como um novo caminho para superar a escola tradicional e conquistar uma educação que atendesse às expectativas do período.

O Movimento da Escola Nova, na América do Norte, teve como principal expoente o filósofo e pedagogo John Dewey (1859-1952). Para Dewey, a Educação é uma necessidade social e, por conta desta necessidade, as pessoas devem ser educadas para promover o progresso social e, consequentemente, o aperfeiçoamento das ideias e conhecimentos. Acreditava-se que a educação era um meio efetivo para a construção de uma sociedade democrática. Para Dewey (1959, p. 21), “[...] uma democracia é mais que uma forma de governo é, principalmente, uma forma de vida associada, de experiência conjunta e mutuamente comunicada.” e a escola é um meio especialmente preparado para “influir na direção mental e moral dos que a frequentam”. O mesmo autor afirma ainda:

A primeira função do órgão que denominamos escola é proporcionar um ambiente simplificado. Selecionando os aspectos mais fundamentais, e que sejam capazes de despertar reações da parte dos jovens, estabelece a escola, em seguida, uma progressão, utilizando-se dos elementos adquirido em primeiro lugar como meio de conduzi-los ao sentido e compreensão das coisas mais complexas. (Dewey, 1959, p. 21)

Neste sentido, na concepção de Dewey (1959), a educação é um meio efetivo para a construção de uma “educação democrática”, devendo-se procurar fazer com que as oportunidades intelectuais sejam iguais para todos os indivíduos.

ministrados. Como reflexo deste “dilatamento” da escolaridade favoreceu a retenção de jovens, por mais tempo nas escolas, esta condição, foi indispensável para manter os níveis de desemprego dentro dos limites aceitáveis. Consequentemente, com o aumento expressivo das pessoas com diplomas, o qual superava as necessidades dos empregadores, assim como, das exigências das funções a serem exercidas. Assim, como o contingente de diplomas era muito elevado, estes, passaram a ser utilizados como um “dispositivo de peneiragem”. Braverman (1981)

Conforme Libâneo (1986), a forma pedagógica que prevaleceu até 1920 foi a forma “tradicional”, a qual tinha por finalidade a transmissão da “cultura geral humanística, de caráter enciclopédico”. Esta forma de ensino esteve a favor das classes socialmente privilegiadas, mas passou a ser uma forma ineficaz de ensino quando as classes média e popular passaram a ter acesso ao ensino. Refletindo sobre a questão, explica Libâneo (1986):

Nas primeiras décadas do século XX, a burguesia nacional tinha interesse em que a escola se adaptasse às necessidades de desenvolvimento industrial, e para isso o currículo enciclopédico da escola tradicional já não servia. Eis aí o objetivo do movimento da Escola Nova: modernizar o ensino, isto é, coloca-lo a serviço das necessidades sociais. Os princípios da escola nova – respeito à individualidade da criança, desenvolvimento de aptidões naturais, aprender fazendo, atividade espontânea, etc. (p. 94)

Conforme o autor, o ensino precisava suprir os anseios sociais em atender às demandas da indústria moderna. Desta forma, idealizava-se um conhecimento que fosse útil para a sociedade vigente e como consequência, decresceu o interesse pelos conteúdos até então presentes nas escolas. Passou-se a favorecer os “processos mentais” do aluno, pois se acreditava que se fossem atendidas as suas necessidades este “chegaria sozinho” aos conteúdos.

Como aponta Libâneo (1986), ao valorizar um currículo embasado nas experiências que antecedem a vida escolar e que são adquiridas no contexto familiar, esta “orientação da Escola Nova” acaba trazendo prejuízos para os alunos das classes menos privilegiadas. Se o “método ativo e intuitivo” favorece os alunos que trazem experiências adquiridas em um contexto familiar mais rico e privilegiado, os alunos que não pertencem a este meio não são beneficiados pelas mesmas condições de acesso ao conhecimento, uma vez que para muitos deles o acesso ao saber só era possível por meio da escola.

Observamos que quando se levam em conta as experiências individuais as diferenças entre as classes sociais são desconsideradas, e mesmo preconizando a igualdade de oportunidades, a escola não contempla as diferenças de condições sociais dos alunos.

Os professores, por sua vez, também foram “desobrigados” de dominar os conteúdos, passando a ter maior importância o domínio das “técnicas de ensino”. Sobre isto afirma Nagle (1976):

O novo papel do educador será o de simples agente fornecedor dos meios para que a criança se desenvolva por si. Nada de constrangê-la ou de tentar enquadrá-la a partir de situações antecipadamente programadas do ponto de vista do adulto. O que importa é que a criança se desenvolva por meio da própria experiência. É preciso, portanto, que ela experimente. Logo, o papel do novo educador e da nova escola é agir sobre o meio em que a criança se desenvolve, nunca sobre a própria criança. (p. 249)

Em defesa da Escola Nova, foi publicado em 1932 o Manifesto dos Pioneiros. Após esta publicação muitos educadores manifestaram o seu pensamento. Estes intelectuais foram envolvidos pelas ideias de John Dewey (1859-1952) e Émile Durkheim (1858-1917) quando promulgaram o Manifesto dos Pioneiros (2010), o qual tinha como principal personagem Fernando de Azevedo, responsável por sua elaboração. Outros educadores se destacaram nesta história pedagógica, entre os quais podemos citar Lourenço Filho (1897-1970) e Anísio Teixeira (1900-1971).

Segundo Romanelli (1986), o Manifesto dos Pioneiros foi redigido por Fernando de Azevedo e assinado por vinte e seis educadores brasileiros que lideravam o movimento de “renovação educacional”. A mesma autora afirma que o documento representava efetivamente a ideologia dos “renovadores”:

O documento tem por objetivo imprimir uma direção mais firme ao movimento renovador e defini-lo mais objetivamente. Opondo-se ao empirismo das reformas parciais, o Manifesto surge como uma convicção abertamente definida da necessidade de se construir e aplicar um programa e reconstrução educacional de âmbito nacional. (Romanelli, 1986, p. 145-146)

Segundo a autora, a escola precisava refletir as mudanças que vinham ocorrendo na sociedade em geral. “Cada época se caracteriza por sua concepção própria de vida por um ideal próprio, que exerce, pela ação pedagógica, uma pressão constante sobre o educando.” (Romanelli, 1986, p. 146). Vale citar, a título de ilustração, a Revolução Industrial¹⁸ e os métodos de organização de trabalho como o Taylorismo¹⁹ e Fordismo²⁰

¹⁸ Revolução Industrial, que envolve o período de 1760 a 1860. Este movimento iniciou e desencadeou rápidas e decisivas mudanças no setor econômico, caracterizando-se pelo desenvolvimento e utilização das máquinas na agricultura e especialmente na indústria. A contar de 1860, a Revolução Industrial ingressou em uma nova fase de desenvolvimento, prevalecendo a produção em série e a divisão do trabalho nos processos de fabricação (Cavalheiro Neto, 2006).

¹⁹ Frederick Winslow Taylor (1856-1915), engenheiro mecânico que desenvolveu um conjunto de métodos que tornou-se conhecido como “taylorismo”. Segundo Moraes Neto (2009), este método caracterizava-se por uma forma de “controle do capital”, tendo por objetivo o aumento da produtividade. Para atingir este objetivo era essencial exercer controle sobre o trabalhador e dos seus “tempos de movimento”.

²⁰ Henry Ford (1863-1947), implementou o método de organização do trabalho industrial denominado fordismo. A característica principal do fordismo, foi a introdução das linhas de montagem. “O fordismo caracteriza o que poderíamos chamar de socialização da proposta de Taylor, pois enquanto este procurava

que a sucedeu e, conseqüentemente, influenciaram na organização social e educacional. Como afirma a autora, o Manifesto dos Pioneiros preconizava a mudança nos métodos educacionais, trazendo uma nova concepção de educação. Estes métodos se fundamentam nos princípios da Psicologia que enfatizam o interesse e a aptidão do educando como o centro das ações pedagógicas. O Manifesto reivindica, também, uma ação mais objetiva do Estado em prol da escola pública, cabendo-lhe proporcionar uma educação de modo que nenhuma classe social seja excluída do direito de se beneficiar.

Conforme aponta Saviani (1991), com o lançamento do Manifesto em 1932, o movimento da Escola Nova ganhou força no Brasil, atingindo seu auge em 1960, para em seguida entrar em “refluxo” por conta de uma “nova tendência da política educacional”, a qual o autor chama de “os meios de comunicação de massa” e as “novas tecnologias de ensino”. Como verificamos em Saviani (1991), no final da década de 1950 o Escolanovismo demonstra evidência de “exaustão”. Ao mesmo tempo em que a nova pedagogia se tornou uma teoria dominante também se tornou “senso comum”, revelando-se “ineficaz.” Neste contexto surgiu uma nova proposta educacional, a denominada Pedagogia tecnicista. A qual parte do pressuposto da neutralidade científica e dos “princípios de racionalidade, eficiência e produtividade.”

Na pedagogia tecnicista a organização dos meios é o “elemento principal”, enquanto o professor e o aluno assumem uma posição secundária. Afirma Saviani (1991):

[...] na pedagogia tecnicista, o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando professor e aluno posição secundária, relegados que são à condição de executores de um processo cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialistas supostamente habilitados, neutros, objetivos, imparciais. A organização do processo converte-se na garantia da eficiência, compensando e corrigindo as deficiências do professor e maximizando os efeitos de sua intervenção. (p. 17)

Para Libâneo (1986), o atendimento escolar não deixou de ser “precário”, caindo por terra a finalidade da Escola Nova, que era “promover a igualdade de oportunidade”. Embora a população continuasse a reivindicar o aumento das possibilidades de acesso à escola, os índices de evasão e repetência eram muito elevados. Por esta razão foi colocado em ação um “modelo pedagógico” escolar que possibilitasse o atendimento do maior número possível de crianças com um mínimo de custo, o qual, apesar disso,

viesse ao encontro dos desejos da classe empresarial, articulando-se assim à “Pedagogia tecnicista.” Explica o autor:

A Pedagogia tecnicista não rompe com a Pedagogia tradicional (que nunca deixou de existir) e nem com a Pedagogia Nova, e introduz, na escola os objetivos preestabelecidos para uniformizar o ensino, acentuar as técnicas, simplificar os conteúdos, comprometendo ainda mais a qualidade. (Libâneo, 1986, p. 95)

Assim, em linhas gerais, relembramos o histórico da saúde escolar e das tendências pedagógicas e vimos que estas se modificaram de acordo com as necessidades e as mudanças sociais da época. A complexidade da organização social, é um fator dinâmico e determinante que influencia diretamente a realidade e a vida de cada indivíduo.

Conforme apontado anteriormente, os trabalhos realizados por Moncorvo Filho (1926), Afrânio Peixoto (1930) e outros indicam a preocupação com o bem-estar e com a saúde da criança. Em meados do século XIX as doenças resultantes das precárias condições sanitárias comprometiam o desenvolvimento saudável da infância. Nesse período a infância passou a ser entendida como um problema político e social, reforçado pela convicção ideológica da Primeira República, instaurada no País em 1889, para a qual os valores e a representação social da infância ganharam nova interpretação. Naquele contexto a criança passou a ser vista como um elemento da força de trabalho que devia ser preservado, pois contribuía para o desenvolvimento e o progresso da Nação.

Nos dias atuais as medidas de proteção à infância sofreram alterações. Há medidas legais de proteção, como, por exemplo, as preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, regulamentado pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, o qual assim dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente:

Art. 5º- Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na formada lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (Lei Federal n. 8.069, 1990).

Não obstante, no dia a dia há demonstrações claras de que os direitos da infância sofrem negligências. Basta ver os noticiários para verificar de que há uma grande distância entre o preconizado por aquela lei e a realidade cotidiana.

1.2.3 A escola e a saúde do aluno

No final do século XIX e início do século XX, as ações em saúde pública consistiam em controlar os ambientes públicos. Da mesma forma, segundo descreve Lima (1985), a higiene escolar - ou seja, a inspeção do ambiente escolar - tinha por objetivo impedir a propagação de doenças transmissíveis. O mesmo autor destaca que no ambiente escolar o alvo da higiene eram as crianças pertencentes às classes proletárias, cujas condições de moradia, de alimentação não eram adequadas; entretanto a participação do médico no contexto escolar garantia a eficiência do ensino, visto que sua função era indicar as condições de escolarização que mais se adequavam às dificuldades mentais ou físicas da criança.

A higiene escolar tinha por objeto principal o “corpo biológico”, por isso a escola se transformou em um meio para a produção e a atuação da medicina. Por este prisma, através da escola e da Pedagogia, era possível transformar as pessoas. Afirma Lima (1985, p. 112):

A higiene escolar se constituía em conhecimento essencial à nova educação, orientando a Pedagogia pelo desvendar da fisiologia do educando, pelo delinear de suas capacidades e fraquezas, pelo caracterizar do potencial de cada um, que devia ser investido por uma didática circunstanciada, que respeitasse os limites e que norteasse o avanço do aprendizado sem ferir a natureza da criança.

Desta maneira, fica clara a concepção, de que os males que atingiam a sociedade poderiam ser sanados por meio da educação e do ensino de hábitos e comportamentos adequados, desconsiderando-se as desigualdades, a estrutura e a composição social, o que pode ser visto até os dias atuais.

Como expõe Valadão (2004), no século XX, com a expansão dos sistemas de ensino para as classes populares, também se ampliou o conceito de que a escola é uma instituição socialmente adequada para a educação em saúde dos alunos; porém vale lembrar que na transição do século XIX para o século XX a saúde da criança passou a fazer parte da educação escola, assim como a higiene mental, a qual era percebida pela educação como um meio para a resolução das dificuldades sociais como um todo. Do mesmo modo, era considerada a solução dos problemas de saúde, os quais eram de responsabilidade do indivíduo ou eram atribuídos à hereditariedade. Afirma Caldas (1930, p. 36):

É preciso saber que a higiene mental muito tem que ver com o aperfeiçoamento dos métodos educativos, muito mais ainda deverá cuidar da parte biológica, procurando evitar as eivas hereditárias.

A educação poderá, sem dúvida, sublimar o caráter e impedir a eclosão de psicoses nas pessoas normais ou mesmo predispostas. Não poderá, todavia, obstar que as taras se transmitam e que a degeneração se propague.

Assim, era fundamental a educação sanitária e mental dos escolares para, junto com ela, alcançar as famílias, objetivando-se solucionar as questões de ensino aprendizagem por meio dos cuidados com a saúde. Destacando a interdependência entre a educação e as demais áreas da vida em sociedade, Romanelli (1986) ressalta que a forma como a economia evolui interfere na organização do ensino, visto que o sistema econômico pode “criar”, ou não “uma demanda de recursos humanos” que precisam ser preparados pela escola. Para esta autora, houve uma forte e expressiva expansão do ensino. A partir de 1930,

[...] por causa do crescimento sensível da demanda social de educação. O crescimento da demanda foi, por sua vez, o resultado de dois fatores concomitantes: o crescimento demográfico e a intensificação do processo de urbanização. O primeiro é responsável pelo crescimento da demanda potencial de educação e o segundo, pela evolução dessa demanda, que se torna aos poucos demanda efetiva. (Romanelli, 1986, p. 14)

Na atualidade, em tempos de SUS, está claro que as necessidades, tanto em saúde como em educação, são diferentes das do início do século XX, período anteriormente citado; por isso no item que segue faremos uma breve exposição sobre o Sistema Único de Saúde.

1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE ESCOLAR

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como um movimento de inclusão social que representa, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com o direito de “livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde”. (Brasil, 2006, p. 76).

Em virtude das mudanças políticas e econômicas ocorridas nos anos 1970 e 1980, com as ações de redemocratização do país, os modelos vigentes de atendimento em saúde foram se esgotando, surgindo daí a necessidade de reorganizá-los com vista à

construção de “modelos” que não ficassem presos a uma concepção que se limitasse ao assistencialismo. Era necessário um modelo que garantisse a “integralidade da atenção à saúde levando-se em conta a heterogeneidade das condições de vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos da população nas várias regiões e estados do país.” (Teixeira, 2002, p. 156)

Estes movimentos se intensificaram na década de 1980, período em que a população brasileira continuou mergulhada em diversos conflitos sociais, com significativas desigualdades, desemprego, miséria, precária assistência à saúde, resultando em profunda insatisfação popular (Souza & Costa, 2010). Nesse contexto, ocorreu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde²¹, a qual convalidou os princípios e diretrizes do SUS: - Direito de todos e dever do Estado, a relevância pública, a universalidade, igualdade, integralidade, a descentralização, regionalização e participação da comunidade. (Lei 8.080, 1990)

O SUS prioriza os grupos populacionais mais vulneráveis, com ações estratégicas específicas para minimizar os danos. Entre eles destacam-se as gestantes, os recém-nascidos, crianças menores de cinco anos, crianças portadoras de deficiência e aquelas que vieram de internações (Brasil, 2004). Assim:

[...] definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Nesse aspecto, a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas. (Brasil, 2004, p. 13).

Além disto, a Lei 8.080/1990 faz a seguinte recomendação:

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. (Lei 8.080, 1990)

²¹ A VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília – DF, contou com uma intensa participação popular de mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1.000 eram delegados com direito a voz e a voto (Brasil, 1986). Este evento “político-sanitário” foi de grande importância para impulsionar o lançamento das bases para um novo sistema público de saúde. Os desdobramentos desta conferência, ofereceram suporte para a elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. Também estabeleceu três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: “um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade (Brasil, 2006, p. 24).

Diante da necessidade de serem efetivadas políticas intersectoriais para a promoção da saúde²², foi criada a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNAS), pela Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, cujo objetivo é “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.” (Brasil, 2010a, p. 17). Para tanto, o Ministério da Saúde recomenda a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas.

De acordo com informações apresentadas pelo Ministério da Saúde, (Brasil, 2010d), o País tem investido na “formulação, implementação e concretização” de políticas com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde. Há um esforço grande na elaboração e construção de um modelo de atenção à saúde, cujas prioridades são as ações que visem a melhoria da qualidade de vida da população. Para alcançar este fim, o Ministério da Saúde baixou a Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, a qual criou o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprovou as diretrizes operacionais do referido Pacto, definindo o compromisso com a saúde, que agrega três eixos: “O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde²³ (SUS), o Pacto em Defesa da Vida²⁴ e o Pacto de Gestão²⁵. Entre estes, queremos destacar o compromisso pela saúde firmado através do “Pacto em Defesa da Vida”.

²² Promoção da saúde, conforme podemos verificar em Silva (2010), a saúde em uma visão ampliada, relaciona-se a múltiplos fatores e a diversos contextos entre eles: econômicos, ambientais, políticos e sociais, os quais definem e produzem as condições de saúde e de qualidade de vida dos indivíduos. O movimento de promoção da saúde surgiu, formalmente, no Canadá em 1974 e, de acordo com (Silva, 2010, p. 32), o “referencial da promoção da saúde no plano teórico e como prática inovadora de repensar as ações de saúde” é resultado das discussões propostas pelo Relatório Lalonde, corroborado pela carta de Ottawa. Estas discussões revitalizaram as reflexões em Promoção da Saúde, tendo como pressuposto a determinação social da mesma. No Brasil, um marco nesta discussão, tem como referencial a VIII Conferência Nacional de Saúde, através do movimento da reforma sanitária, destacando outros fatores que são “condicionantes e determinantes” para a qualidade de vida e que vão além do restrito setor de saúde tais como: “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais”. (Silva, 2010, p. 31)

²³ “O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.” (Portaria nº 399/GM, 2006, Anexo I)

²⁴ “O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são: SAÚDE DO IDOSO: Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral; CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; MORTALIDADE

Nesta perspectiva, a proposta do SUS é o fortalecimento de uma política que seja “transversal, integral e intersetorial”. Esta rede de atendimento em saúde visa estabelecer o diálogo entre as diversas áreas e setores governamentais ou privados, com o envolvimento da comunidade, assumindo o compromisso e a corresponsabilidade pela saúde da população. Conforme explica o Ministério da Saúde (Brasil, 2010d), as ações intersetoriais em saúde implicam na troca coletiva de “saberes, linguagens e práticas” que envolvem vários setores, tendo como objetivo alcançar a melhoria da qualidade de vida da população. Cumpre observar que o processo “saúde-adoecimento” resulta de diversos fatores, entre os quais a promoção em saúde, e tem por objetivo geral “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.” (Brasil, 2010d, p. 17).

Conforme podemos observar, a proposta da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) vai além da ação de curar e reabilitar: visa estimular a promoção da saúde através da prevenção e do enfrentamento das determinantes sociais. Da mesma

INFANTIL E MATERNA: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias; DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias; PROMOÇÃO DA SAÚDE: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo; ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. (Portaria nº 399/GM, 2006, Anexo I)

²⁵ “O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos. As prioridades do Pacto de Gestão são: DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação; ESTABELECEER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.” (Portaria nº 399/GM, 2006, Anexo I)

forma, está presente o esforço para estabelecer a articulação de ações intersetoriais que envolvem o setor de saúde e de educação.

Ainda no tocante aos planos de atenção à saúde, fazemos referência ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022²⁶. O Plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações que estão divididos em três eixos: I) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II) promoção da saúde; III) cuidado integral.

O Programa Saúde na Escola (PSE) perpassa todos os eixos e enfatiza a

Universalização do acesso ao incentivo material e financeiro do PSE a todos os municípios brasileiros, com o compromisso de ações no âmbito da avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção precoce de hipertensão arterial, sistêmica, promoção de atividades físicas e corporais, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar. (Brasil, 2011c, p. 82)

Considerando as questões apresentadas, lembramos que, entre os objetivos específicos do Programa Saúde na Escola – PSE também se destaca o estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde. Nesta articulação entre saúde e educação, a escola é tida como um cenário favorável para a promoção da saúde.

1.3.1 Programas/Políticas vinculadas à escola

1.3.1.1 Escolas Promotoras de Saúde

Segundo Valadão (2004), um dos desdobramentos da promoção da saúde é a proposta das Escolas Promotoras de Saúde²⁷. Estas foram divulgadas em vários países

²⁶ “O Plano aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade).” O mesmo tem por objetivo: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas e tem por metas nacionais propostas: reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (Brasil, 2011c, p. 13-14).

²⁷ As ‘escolas promotoras de saúde’ constituem uma iniciativa de caráter mundial que tem como antecedente a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, articulada pela Organização Mundial da

do mundo, inclusive na América Latina, e passaram a integrar as práticas de saúde na escola.

Em 2007, a representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, em conjunto com o Escritório Regional da OPAS, com os Ministérios da Saúde e Educação e secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação, elaboraram e publicaram um documento intitulado “Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil”. Este documento aponta alguns estados brasileiros nos quais algumas cidades desenvolveram a experiência da “Escola Promotora de Saúde”. Entre eles, destacam-se os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Tocantins, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Paraná, Minas Gerais, Mato Grosso e Ceará.

Silva (2010) lembra que a OPAS, buscou fortalecer as ações das “Escolas Promotoras de Saúde” elaborando um plano de ação para o período de 2003 a 2012, mas por conta de modificações na organização e na direção da OPAS, no ano de 2003 a “Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde”, deixou de ser prioridade, restringindo-se a reuniões de eventos internacionais de saúde. “Vale destacar que, apesar da participação do Brasil nos fóruns internacionais, não se consolidou oficialmente no país, uma política de saúde na escola com base nessa iniciativa, salvo experiências regionais e locais, isoladas.” (Silva, 2010, p. 71). O mesmo autor recorda que as EPS, mesmo não se caracterizando como programa ou política nacional de saúde nas escolas brasileiras, são um incentivo para a reflexão e revisão dos modelos de saúde escolar.

1.3.1.2 Mais Saúde Direito de Todos

Outros programas de saúde já foram desenvolvidos no Brasil com vistas ao fortalecimento e consolidação do SUS e à efetivação dos programas, primando pela atenção integral à saúde da população. Lembramos que “[...] a reestruturação²⁸ do sistema tornou-se fundamental para o enfrentamento de desafios que já se mostram evidentes: o envelhecimento populacional, as mudanças no perfil epidemiológico da população e o dinâmico avanço das tecnologias em saúde.” (Brasil, 2010b, p. 7).

Saúde (OMS) em 1992. Foram lançadas pela Organização Pan-Americana da Saúde OPAS /OMS na região da América Latina e do Caribe em 1995, com o objetivo de fortalecer e ampliar a colaboração entre os setores de saúde e educação nas práticas de saúde escolar, incluindo apoio e cooperação dos pais e da comunidade e impulsionando políticas na comunidade escolar (Moura, 2007).

²⁸ Neste processo de reestruturação e reorganização, destacamos o Programa Estratégia Saúde da Família, a criação do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) em 2003, seguidos pelos Programas Farmácia Popular e Brasil Sorridente criados em 2004.

Assim, também queremos destacar O Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que parte da premissa de que é necessária uma articulação entre o Governo Federal, os estados e municípios para a Promoção da Saúde, por meio de um amplo conjunto de políticas econômicas e sociais que contaram com a participação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)²⁹

O Mais Saúde: Direito de Todos foi concebido e, desde o início, pautou-se pelo aproveitamento das potencialidades oferecidas pelo setor, como um dos elos vitais para um novo padrão de desenvolvimento brasileiro, enfrentando os enormes desafios ainda presentes. A agenda busca, numa perspectiva mais abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos e universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar. (Brasil, 2010b, p. 13)

Para tanto, o programa mencionado tem seu objetivo definido nas Diretrizes Estratégicas, as quais estão organizadas em um conjunto de ações que se concentram em 73 medidas e 165 metas, distribuídas em oito eixos, e têm por finalidade constituir um “sistema de saúde universal, equânime e integral”. Sendo assim, a saúde possui a dimensão de uma da política de proteção social, em que “[...] saúde é um direito social básico para as condições de cidadania da população Brasileira”. A saúde também é concebida como fonte de riqueza para o país, pois “um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente.” (Brasil, 2010b, p. 09).

Ponderam Trevisan e Junqueira (2010):

[...] o direito à saúde articula-se com um conjunto dinâmico de atividades as quais buscam crescimento econômico Nessa perspectiva, as ações de promoção,

²⁹ “A FUNASA, como integrante do componente de infraestrutura social e urbana do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), atuou no período de 2007 a 2010, em articulação com os Ministérios das Cidades e da Integração Nacional, e priorizou cinco eixos de atuação, sendo: - **Saneamento em Áreas Especiais:** por meio do atendimento de ações de saneamento em áreas indígenas e em comunidades remanescentes de quilombos, sendo priorizadas as comunidades tituladas pelo Incra – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, as comunidades em processo de titulação, e comunidades com maior adensamento de famílias; - **Saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico:** serão desenvolvidas ações de Melhoria Habitacional para o Controle da doença de Chagas nos municípios pertencentes à área endêmica da doença e de drenagem nos municípios com alta incidência da malária; - **Saneamento em municípios com população total de até 50.000 habitantes:** serão desenvolvidas ações visando a implantação e/ou ampliação de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos e de saneamento domiciliar, em municípios com maiores taxas de mortalidade infantil, com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais e aqueles localizados na bacia do rio São Francisco; - **Saneamento Rural:** serão priorizadas as populações rurais dispersas ou localidades rurais com população de até 2.500 habitantes. Serão atendidos também os assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas e as escolas rurais.” (FUNASA, 2014)

prevenção e assistência à saúde não podem ser vistas apenas como uma carga ou um fardo que onera o orçamento, mas como uma frente de expansão para a geração de investimentos, inovações, renda emprego e receita para o Estado. (p. 54)

Estabelece o artigo 196 da Constituição de 1988 que “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.” De fato, a qualidade de vida resulta de políticas que converjam para o mesmo fim, abrangendo, desde o saneamento, a habitação, a educação e a cultura até às políticas voltadas para a geração de emprego e renda. Mais uma vez fica claro que a intersetorialidade das ações referentes à saúde está presente nas locais e nos ambientes institucionais onde vivem as pessoas. Por isso “[...] a busca de ações intersetoriais, que possuem alta complementaridade e sinergia, será focada principalmente nos municípios, nas escolas e nos ambientes de trabalho.” (Brasil, 2010b, p. 25). Ademais,

O Mais Saúde: Direito de Todos também apresenta o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O PSE é uma política de articulação e integração entre as ações desenvolvidas nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde, em especial aquelas organizadas por meio da estratégia Saúde da Família, com o objetivo de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. (Ministério da Saúde, 2008, p. 3)

O primeiro eixo, apresentado pelo Programa Mais Saúde: Direito de Todos, refere-se à “Promoção da Saúde” indicada a Medida 1.5, a qual prevê ações no sentido de “Implementar o Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação, beneficiando pelo menos 23 milhões de alunos de escolas públicas”. (Brasil, 2010b, p. 20).

A melhoria das condições de saúde do cidadão brasileiro constitui o grande objetivo estratégico. O conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira. (Brasil, 2010b, p. 12)

1.3.1.3 Programa Saúde na Escola/PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE) é desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e tem como finalidade “[...] contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”. (Decreto nº 6.286/2007). Favorece o “fortalecimento de ações” que considerem as diferenças e singularidades, estimulando a

participação social, a intersetorialidade, a integralidade e a organização do trabalho em equipe, visando “melhorar a qualidade de vida da população brasileira”, assim como, enfatiza a qualidade de vida de forma que reduza a vulnerabilidade e os riscos que se relacionam com o modo de viver, com a habitação, cultura, lazer, etc. (Brasil, 2011a, p. 6).

Conforme prevê o Decreto n. 6.286/2007, as ações propostas pelo Programa Saúde na Escola deverão ser articuladas e desenvolvidas pela rede de Educação Básica em conformidade com o que preconizam as diretrizes e os princípios do SUS. As ações pertinentes ao PSE são compreendidas e distribuídas em três componentes.

O componente I enfatiza as ações do ponto de vista epidemiológico, que são prioritárias para os educandos e se caracterizam como uma avaliação clínica e psicossocial que compreende: avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); detecção precoce de agravos de saúde negligenciados prevalentes na região, como hanseníase, tuberculose, malária, etc.; avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal; avaliação psicossocial.

Algumas ações do Componente I, de avaliação clínica e psicossocial, “[...] têm como objetivo obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental.” (Brasil, 2011a, p. 15). Caso nesta abordagem sejam encontrados alunos que necessitem de atendimento que requeira maiores cuidados, esses alunos deverão ser encaminhados a uma unidade básica de saúde. Para tanto, a direção da escola será informada pelas equipes de saúde, estabelecendo-se assim uma importante aproximação entre a comunidade escolar e a equipe de saúde.

Na apresentação do componente II estão dispostas: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE); educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DSTs/aids”; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

Promoção da saúde, segundo o conceito adotado pelo SUS, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde, é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam

radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da saúde. (Brasil, 2011a, p. 17).

Conforme conceito adotado pelo SUS, nestes termos, as ações de promoção da saúde sugerem a garantia de oportunidade a todos os educandos, favorecendo o “processo de produção da saúde” individual, bem como a melhoria da qualidade vida.

Finalizando, apresentamos o componente III, que se refere à formação de gestores tanto de saúde como de educação para atuar com o PSE, abrangendo as três esferas de governo.

Planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, no qual o público-alvo são os integrantes da saúde e educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs); Avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e prevenção a riscos e agravos à saúde, no qual o público-alvo são os profissionais das equipes de Saúde da Família, profissionais das unidades de saúde, profissionais das escolas e jovens educandos. (Brasil, 2011a, p. 18)

Para tanto, deverão ser utilizadas as seguintes estratégias: Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)³⁰; Formação de jovens protagonistas para o PSE/SPE; Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola; Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; Rede Universidade Aberta do Brasil.

Como exposto anteriormente, vale lembrar que estas ações, de iniciativa do Governo Federal, estruturam-se através de políticas intersetoriais entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Elas buscam, sobretudo, uma formação voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos que busque promover o “desenvolvimento pleno deste público”, visando ao desenvolvimento em educação, em saúde clínica e psicossocial. Estas ações de política integrada também visam à “Promoção de Saúde” e têm como principal diretriz a intersetorialidade.

Assim, o Programa Saúde na Escola (PSE) deve ser implementado por meio da ação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), as quais criarão, para a Educação Básica, estratégias que articulem saúde e educação. O artigo 7º, parágrafo único, do Decreto n. 6.286, de 2007, estabelece:

³⁰ “A proposta de coordenação do PSE por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais é centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As decisões são compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente. O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais.” (Brasil, 2011a, p. 9)

As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas”

Segundo informações apresentadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), o modelo de atuação da Estratégia Saúde da Família define que a Atenção Primária deve estar centrada na família e integrada com a comunidade, com a finalidade de intervir de maneira adequada e precoce, dando destaque à prevenção e à educação em saúde. Desta forma, a Estratégia Saúde da Família busca alcançar cobertura e amplitude de acesso, assim como a continuidade das ações de saúde e trabalho em equipe multiprofissional que se responsabilize por desenvolver ações de promoção de saúde e de prevenção. Também incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - “universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade” - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.

Não obstante, “[...] para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família.” (Brasil, 2011a, p. 14).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a), o Programa Saúde na Escola (PSE), deverá ser implementado por meio do processo de adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, considerando os objetivos e as diretrizes do programa. A adesão é formalizada através de um termo de compromisso (ANEXO F), devendo ser considerado no planejamento do programa o contexto escolar e social, assim como o diagnóstico local em saúde do escolar.

É importante considerar, de acordo com o que é apresentado pelo documento instrutivo do PSE (Brasil, 2011a), o diagnóstico local quanto à saúde do escolar efetiva-se através da avaliação das condições de vulnerabilidade de crianças e adolescentes. Este diagnóstico servirá de base para o levantamento da demanda local no que concerne às necessidades de saúde existentes dentro de cada grupo. Assim, torna-se possível estruturar os temas pertinentes para cada necessidade diagnosticada.

Os programas instituídos pelo Governo Federal visam à melhoria das condições de saúde das crianças, assim como a ampliação do processo educativo através de “[...] uma ação intersetorial entre as políticas públicas educacionais e sociais, contribuindo, desse modo, tanto para a diminuição das desigualdades educacionais, quanto para a valorização da diversidade cultural brasileira.” (Brasil, 2011b, p. 6)

Neste processo de busca por avanços, foi baixada a Portaria Normativa Interministerial n. 17, de 24 de abril de 2007, que “institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades sócio educativas no contra turno escolar”. O Programa mais Educação foi regulamentado pelo Decreto Presidencial n. 7.083/2010, que estabelece:

Art. 1º O Programa Mais Educação tem por finalidade contribuir para a melhoria da aprendizagem por meio da ampliação do tempo de permanência de crianças, adolescentes e jovens matriculados em escola pública, mediante oferta de educação básica em tempo integral.

§ 2º A jornada escolar diária será ampliada com o desenvolvimento das atividades de acompanhamento pedagógico, experimentação e investigação científica, cultura e artes, esporte e lazer, cultura digital, educação econômica, comunicação e uso de mídias, meio ambiente, direitos humanos, práticas de prevenção aos agravos à saúde, promoção da saúde³¹ e da alimentação saudável, entre outras atividades. (Decreto n. 7.083, 2010)

Este programa integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) como uma estratégia do Governo Federal para levar a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na busca pela educação integral e integrada³². (Brasil, 2011b).

No que se refere a alimentação saudável e a alimentação escolar, vale lembrar o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), conhecido como Merenda Escolar³³, “seu objetivo é complementar a alimentação dos alunos, contribuindo para que permaneçam na escola, tenham bom desempenho escolar e bons hábitos alimentares.” (Brasil, 2010c, p. 6).

Como desdobramento deste programa foi baixada a Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006, como resultado da parceria entre o Ministério da Educação e da Saúde. Esta Portaria estabelece:

³¹ Promoção da Saúde: Atividades de: alimentação saudável/alimentação escolar saudável, saúde bucal, práticas corporais e educação do movimento; educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; saúde ambiental; promoção da cultura de paz e prevenção em saúde a partir do estudo dos principais problemas de saúde da região (dengue, febre amarela, malária, hanseníase, doença falciforme, e outras). Propõe-se neste macrocamo aproximação / intersecção com as ações/reflexão do SPE/MEC (Brasil, 2011b, p. 13).

³² Segundo a concepção do Programa Mais Educação, sua preocupação primeira é o sujeito, buscando o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas, encontrando o equilíbrio entre os diferentes aspectos - cognitivos, afetivos e sociais. Desta forma, o PSE passa a atuar em parceria com o Programa Mais Educação tendo o compromisso de atender integralmente a crianças e adolescentes, nos campos da saúde e da educação.

³³ Regulamentado pela Lei nº 11.947, de 16/06/2009 e pelas Resoluções/FNDE/CD nº 38, de 16/07/2009 e nº 67, de 28/12/2009.

Art. 1º Instituir as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes pública e privada, em âmbito nacional, favorecendo o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar. (Portaria Interministerial nº 1.010, 2006)

A preocupação com alimentação também se espelha no Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA)³⁴. O programa foi criado em 2000 e instituído em 2003, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, conforme Resolução RDC nº 119, de 19 de maio de 2003.

Conforme aponta Silva (2010), muitos avanços ocorreram ao longo do desenvolvimento de programas desta natureza, mas de acordo com o autor, geralmente há uma “corrente hegemônica” na forma de conceber saúde escolar. Esta é amplamente vista como resultado de uma ação “compensatória” entre setores cujas políticas não atendem às necessidades de saúde e educação da população. “O setor da educação não reage de modo mais proativo às propostas vindas do setor Saúde, permanecendo passivo, sem que se constituam relações e propostas inovadoras.” (Silva, 2010, p. 77)

Outro ponto a ser considerado quanto à aplicação e cumprimento dos programas é que suas ações exigem um mínimo de tempo para execução e há prazo determinado para a apresentação dos resultados e efeitos. Desta forma desconsidera-se o processo, que muitas vezes requer períodos maiores do que se tem suposto para o cumprimento das metas e ações propostas:

Ao contrário do tempo exigido para que com suficiente efetividade, haja aplicabilidade de referenciais teóricos que representem transformações práticas de enfrentamento de problemas e demandas, e que se tornem visíveis enquanto ações determinadas por um programa. (Silva, 2010, p. 85)

No tocante às ações a serem realizadas, o Programa Saúde na Escola se constitui de ações “essenciais e optativas”. As ações procuram atender de forma integral a saúde dos escolares, e o seu planejamento acontece a partir do diagnóstico das necessidades de saúde do território onde vivem os educandos:

³⁴ O Programa Estadual de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA/PR), foi instituído em 2011, pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, conforme Resolução SESA nº 0217, de 02 de setembro de 2011 “considerando a necessidade de avaliar continuamente os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos, com vistas à segurança alimentar, evitando possíveis danos à saúde da população.” Sendo coordenado pela Divisão de Vigilância Sanitária de Alimentos do Centro de Vigilância Sanitária e pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Paraná (LACEN/PR), ambos vinculados a Superintendência de Vigilância em Saúde. O mesmo tem como objetivo avaliação contínua dos níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos, aumentando a capacidade do Governo no que se refere a atender a segurança alimentar e evitando possíveis danos à saúde da população. Participam do programa as Secretarias Estaduais de Saúde de todos os estados da federação e do Distrito Federal.

As ações essenciais são vinculadas a Programas prioritários do Governo Federal, são de pactuação obrigatória e o registro nos sistemas de monitoramento será considerado para o alcance das metas e repasse de recurso financeiro. As ações essenciais estão vinculadas aos seguintes Programas do Governo Federal: Plano Brasil sem Miséria e sua ação Brasil Carinhoso; Projeto Olhar Brasil, Programa Brasil Sorridente e Programa Crack: é possível vencer. (Anexo E)

As ações optativas, que não estão vinculadas a Programas prioritários do Governo Federal, são de livre pactuação e seu registro nos sistemas de monitoramento não será considerado para repasse de incentivo financeiro. (Brasil, 2013, p. 10) (Anexo E)

Enfim, muitos são os programas e cada um possui suas particularidades, visando atender da melhor forma possível o público ao qual são direcionados. Assim como muitos outros programas, o PSE tem o propósito de alcançar a população escolar atendendo-a em suas necessidades de saúde através de um trabalho de prevenção levado a efeito pela equipe Estratégia Saúde da Família.

Por outro lado, como já mencionamos anteriormente, a Lei 8080/90, em seu artigo 7º - inciso XIII, determina que a organização dos serviços públicos deve evitar duplicidade de meios para fins idênticos. Tal determinação nos instigou a desenvolver esta pesquisa, sobre cujo desenho metodológico discorreremos a seguir.



Figura 5. As mães, sobre quem recaíam os encargos da educação doméstica dos filhos, também eram reunidas para ouvir atentamente as explicações da educadora sanitária, 1935.

2 CAMINHO PERCORRIDO

Este estudo se caracteriza como pesquisa de campo de caráter exploratório, mas antes de irmos a campo, por meio de um processo sistematizado, lemos publicações, livros, periódicos, artigos, teses e dissertações relacionados ao tema proposto, buscando fundamentar teoricamente a análise dos documentos e do material bibliográfico selecionados para esta pesquisa.

A classificação bibliográfica fundamenta-se na revisão de literatura sobre o tema que foi abordado. A revisão de literatura serviu-nos, sobretudo, de apoio para a

interpretação dos dados, dos problemas e das considerações que foram levantados pela e para a pesquisa científica e sua função social. Segundo Tomanik (2004), esta seria a função da ciência: explicar a realidade e refletir sobre as suas mudanças. Assim, à medida que as necessidades humanas se modificam, as ciências também se alteram e, com o passar do tempo, em cada momento histórico os conhecimentos podem deixar de ser apropriados. Sendo assim, o conhecimento produzido possui limites e compreender esses limites faz parte do processo de apreensão e produção do conhecimento científico.

No que tange à pesquisa de campo de caráter exploratório, “[...] o objeto/fonte é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta dos dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador” (Severino, 2007, p. 123).

A pesquisa de campo não se resume a uma simples coleta de dados, uma vez que os objetivos são preestabelecidos e direcionam as informações que devem ser coletadas. Seu objetivo é conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere.

2.1 LOCAL DA PESQUISA

Foram pesquisados dois municípios de pequeno porte ³⁵ pertencentes a 15^a Regional de Saúde³⁶ do Estado do Paraná, a qual está sediada na cidade de Maringá e abrange 30 (trinta) municípios. Os municípios pesquisados foram **Floresta** e **Ivatuba**, ambos os quais ocupam a categoria acima citada.

³⁵ De acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística conforme o número de habitantes, os municípios se classificam em cinco categorias: Municípios de Pequeno Porte 1 – população até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte 2 – população de 20.001 a 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000 habitantes; Municípios de Grande Porte – população de 100.001 mil a 900.000 habitantes e Metrópoles – população de mais de 900.000 habitantes (IBGE, 2010).

³⁶ Municípios de abrangência da 15^a Regional de Saúde: Ângulo; Astorga; Atalaia; Colorado; Doutor Camargo; Floráí; Floresta; Florida; Iguaçu; Itaguajé; Itambé; Ivatuba; Lobato; Mandaguaçu; Mandaguari; Marialva; Maringá; Munhoz de Melo; Nossa Senhora das Gracas; Nova Esperança; Ourizona; Paçandu; Paranacity; Presidente Castelo Branco; Santa Fé; Santa Inês; Santo Inácio; São Jorge do Ivaí; Sarandi; Uniflor (Secretaria de Saúde-PR, 2014).



*Figura 6. Mapa das cidades que compõem a 15ª Regional de Saúde.
Fonte: Secretaria da Saúde (2014).*

2.1.1 O Município de Floresta

Este município localiza-se a 445,47 km de Curitiba, possui uma área de 162 km² e tem altitude de 392 m. Compõe a bacia do rio Ivaí (100%), e sua população, de acordo com os dados do IBGE (2012), é estimada em 6.054 e de 6.324 IBGE (2013) Var. 4,4%. O IDH do município é de 0,736 e seu Ideb de 5,3 em 2011. A economia baseia-se na agropecuária.

O município possui três centros de Educação Infantil, dos quais, dois atendem na modalidade creche, totalizando 408 (quatrocentos e oito) crianças de zero a cinco anos. Para o atendimento do Ensino Fundamental, o município oferece uma escola que atende 390 alunos do 1º ao 5º ano, Para atender esta demanda possui em seu quadro de

funcionários 44 (quarenta e quatro) professores e 30 (trinta) educadores infantis. A rede estadual de ensino do município conta também uma escola do 6º ao 9º ano e uma escola de Ensino Médio.

De acordo com as informações colhidas junto ao técnico de saúde, responsável pelo PSE no município, no ano de 2013 aderiram ao programa apenas as escolas da rede municipal de ensino (três centros de Educação Infantil, das quais duas são da modalidade creche e uma de ensino do 1º ao 5º ano. Segundo o técnico, as escolas da rede estadual do município não aderiram por não terem um número adequado de equipes para o atendimento de toda a demanda de alunos. No ano de 2014 seguiu-se o mesmo procedimento de adesão, em que foram pactuadas todas as ações “essenciais” (ANEXO E), uma vez que, conforme relato do responsável pelo programa, o município não dispõe de recursos humanos suficientes para atender toda a demanda de ações.

Para o atendimento em saúde, o município conta 1 (uma) Unidade Básica de Saúde (UBS), com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família³⁷. Também conta com um Centro Comunitário de Saúde, no qual trabalha uma equipe de ESF. Faz parte dessa equipe um odontologista, que desenvolve o trabalho de saúde bucal. Conforme informações, este centro comunitário realiza apenas atendimento ambulatorial.

No início do mês de junho/2014, o município passou a contar com o atendimento do NASF - Núcleo de Apoio à Equipe Saúde da Família. Este é composto por 1 (um) farmacêutico, 1 (uma) nutricionista, 1 (uma) assistente social, 1 (uma) fonoaudióloga e 1(uma) educadora física. Esta equipe desenvolve atividades com adolescentes, grupo da terceira idade, grupo de obesidade, saúde do homem³⁸, semana de combate ao câncer de mama³⁹, entre outras.

Segundo as informações prestadas em janeiro de 2015 pelo técnico de saúde responsável pelo PSE, foram executadas todas as ações “essenciais” pactuadas pelo município para o ano de 2014. Atualmente (2015) o município está se preparando para ampliar o atendimento com a adesão a algumas ações “optativas”, ainda a serem

³⁷ Equipe de Estratégia Saúde da Família: 6 ACS, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 médico.

³⁸ Agosto azul: Foi instituído no Estado do Paraná que o mês de agosto seria dedicado à realização de ações para incentivar a prevenção e a promoção da Saúde do Homem. O objetivo principal é motivar uma mudança cultural para que homens procurem atendimento médico e verifiquem sua condição de saúde com mais frequência, antes que doenças se manifestem de forma mais grave (Lei n. 17.099/2012).

³⁹ O movimento popular internacionalmente conhecido como Outubro Rosa é comemorado em todo o mundo. O nome remete à cor do laço rosa que simboliza, mundialmente, a luta contra o câncer de mama e estimula a participação da população, empresas e entidades. Este movimento começou nos Estados Unidos, onde vários Estados tinham ações isoladas referentes ao câncer de mama e ou mamografia no mês de outubro, posteriormente com a aprovação do Congresso Americano o mês de Outubro se tornou o mês nacional (americano) de prevenção do câncer de mama.

selecionas. Para tanto, planeja promover, nos primeiros meses de 2015, reuniões com os responsáveis pela educação para que, juntos, possam escolher as ações que mais atendam às necessidades a demanda dos escolares. O técnico também informou que o GTi de saúde foi formalizado através de documento oficial e a mesma ação não foi realizada pela educação. Desta forma, estão aguardando as reuniões para regularizarem as situações que ficaram pendentes.

2.1.2 O Município de Ivatuba

Este município localiza-se a 469,93 km de Curitiba, tem área total de 97 km² e altitude de 340m. Também compõe a bacia do Rio Ivaí (100%) e sua população é estimada em 3.010 habitantes, segundo dados do IBGE (2012), e de 3.159 IBGE (2013), com variação de 3,8%. Seu IDH é de 0,766, e o Ideb, de 6,52011. A economia caracteriza-se pela agropecuária.

O município possui 1 (uma) escola que atende na mesma unidade 80 (oitenta) alunos da Educação Infantil e 180 (cento e oitenta) alunos do Ensino Fundamental de 1º ao 5º ano. Também possui 1 (um) Centro Municipal de Educação Infantil, o qual atende na modalidade creche 65 (sessenta e cinco) crianças. Para atender a demanda da rede municipal, o quadro de professores é composto por 30 pessoas. No que se refere à rede estadual de ensino, o município possui uma escola, a qual atende na mesma unidade os alunos do 6º ao 9º ano e alunos de Ensino Médio, totalizando 180 (cento e oitenta) alunos.

Há também no município uma escola pertencente à rede particular de ensino, a qual atende alunos do Ensino Fundamental do 1º ao 9º ano e alunos de Ensino Médio, com um número total de 300 (trezentos) alunos.

Segundo as informações do técnico de saúde⁴⁰, a primeira adesão ao programa ocorreu no ano de 2013, e o município aderiu com todas as escolas nele sediadas, das

⁴⁰ No ano de 2013 o profissional técnico que realizou a primeira adesão do município ao PSE, afastou-se por motivo de licença maternidade em janeiro de 2014. Por esse motivo, assumiu o seu lugar o profissional técnico substituto, o qual entrevistamos, que coordenou o programa na vigência de janeiro de 2014 a janeiro de 2015. Ao procuramos o técnico para atualizarmos as informações, tomamos conhecimento de que o técnico que estava de licença retornou às suas atividades reassumindo assim, a coordenação do programa.

redes municipal, estadual e particular⁴¹. Assim a adesão abrangeu a Creche, a Educação Infantil, o Ensino Fundamental, o Ensino Médio e a rede privada. No ano de 2014 aderiram as escolas das redes municipal e estadual (Creche, Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio). A escola privada não foi incluída no processo de adesão de 2014, por ser escola da rede privada.

As ações pactuadas pelo município abrangem todas as ações essenciais exigidas pelo programa, as quais estão elencadas no ANEXO E. Segundo as informações coletadas junto ao técnico responsável pelo programa, houve uma preocupação em não aderir a todas as ações que não fossem as essenciais, pois, como o número de pessoas para trabalhar com o programa é reduzido, optou-se pela “cautela” no momento da adesão. Ainda de acordo com o relato, à medida que os executores do programa forem realizando as ações essenciais e houver disponibilidade de tempo e de profissionais para a realização das ações optativas, estas podem ser inseridas e executadas posteriormente. Desta forma, o município consegue cumprir o que de fato pactuou, e tudo o que conseguir atender além do exigido “será lucro”.

Conforme as informações prestadas em janeiro de 2015 pelo técnico de saúde responsável pelo PSE, todas as ações “essenciais” pactuadas pelo município para o ano de 2014 foram executadas; porém o técnico relatou que, em relação às ações realizadas na escola estadual que atende alunos do Ensino Médio, houve algumas dificuldades para o cumprimento das metas estabelecidas, visto que os alunos oferecem um pouco mais de resistência ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no contexto escolar. No momento atual, o município está se preparando para ampliar o atendimento no sentido de aderir em 2015.

Para o atendimento em saúde, o município de Ivatuba conta com de 1 (uma) unidade de saúde – UBS e com 1 (uma) equipe de Estratégia Saúde da Família.

Em ambos os municípios pesquisados pudemos constatar, pelos relatos que antecederam as entrevistas, que algumas ações pactuadas - tanto para o ano 2013 como para 2014 – que estão no rol das ações “essenciais” já estavam sendo executadas pelas equipes de Saúde da Família, nas Unidades Básicas, a saber: avaliação antropométrica,

⁴¹ Segundo as informações obtidas junto ao técnico responsável pelo PSE, no ano de 2013, o município realizou a adesão da citada escola particular, pois o próprio sistema do governo a selecionou sugerindo-a como escola prioritária. Ao entrarem em contato com a 15ª Regional de Saúde, concluiu-se que por se tratar de uma escola que está localizada em zona rural, tenha havido um “equivoco” por parte do sistema. Desta forma, não foi possível recusar a adesão da mesma. A 15ª Regional de saúde informou ao Ministério da Educação que a referida escola fazia parte da rede particular. Desta forma, no ano de 2014 a escola particular foi automaticamente excluída pelo sistema.

de saúde bucal e oftalmológica e verificação da situação vacinal. Segundo informações dos gestores de saúde, estas ações passaram a ser formalizadas através de registro e de relatórios encaminhados ao Ministério da Saúde.

Para as ações do ano de 2014 o Ministério da Saúde lançou o NutriSUS⁴², caracterizado como uma ação “optativa”. Ambos os municípios pesquisados aderiram a esta estratégia, cujo objetivo é “Potencializar o pleno desenvolvimento infantil e a prevenção e controle das deficiências de vitaminas e minerais, mediante a adição direta de micronutrientes em pó aos alimentos que a criança com idade entre 6 meses e 3 anos e 11 meses irá consumir em uma de suas refeições diárias.” (Brasil, 2014, p. 17).

Conforme o relato dos técnicos em saúde de ambos os municípios, o complemento alimentar citado não foi repassado para as creches no ano de 2014. A entrarmos em contato com o técnico responsável pela 15ª Regional de Saúde, este nos informou que apenas seis municípios dos trinta que aderiram a esta ação receberam os sachês com o suplemento alimentar. Ainda de acordo com o técnico, o critério adotado pelo governo foi atender primeiramente os primeiros municípios que aderiram ao programa, mas há uma “promessa” do Ministério da Saúde de em 2015 todos os demais municípios receberão o complemento.

2.2 POPULAÇÃO ALVO

A população selecionada para este estudo é constituída por profissionais da saúde e da educação que atuam nas redes municipais, que são gestores, técnicos⁴³ em saúde e educação e professores. Estes profissionais foram selecionados pelo fato de estarem diretamente envolvidos com o Programa Saúde na Escola (PSE) objeto deste estudo. Destacamos que a escolha dos professores e dos ACSs foi determinada pela indicação dos gestores responsáveis pelo setor ao qual pertencem.

⁴² O NutriSUS faz parte do conjunto de ações optativas e é uma estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes, que consiste na adição direta de vitaminas e minerais em pó aos alimentos. A intenção é potencializar o pleno desenvolvimento infantil e a prevenção e o controle das deficiências nutricionais na infância, em especial, a anemia por deficiência de ferro (Brasil, 2014).

⁴³ Referimo-nos ao termo “técnico” para nomear o profissional da saúde e da educação. Estes profissionais são designados por suas respectivas secretarias, para realizar a inserção dos dados do PSE no sistema SIMEC (Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação).

As entrevistas foram realizadas no mês de junho de 2014. O número de pessoas entrevistadas e sua identificação fictícia constam no quadro a seguir.

Gestores e Profissionais	nº de entrevistados	Identificação fictícia
Gestor de Educação	2	Gestor ed.1 Gestor ed.2
Gestor de Saúde	2	Gestor sd.1 Gestor sd.2
Agentes comunitários de Saúde	2	ACS.1 ACS.2
Técnicos de Educação	2	Téc. ed.1 Téc. ed.2
Técnicos de Saúde	2	Téc. sd.1 Téc. sd.2
Professores: Professor 1 (Ed. Física); Professor 2 (Coord. Ped. Ed. Inf.); Professor 3 (4º ano); Professor 4 (Ed. Infantil.)	4	Prof.1 Prof.2 Prof.3 Prof.4
Técnico da 15ª Regional de Saúde	1	Téc. Reg. Sd
Técnico do Núcleo Regional de Educação (NRE)	1	Téc. NRE
Total de entrevistados	16	

2.3 A TÉCNICA

A técnica adotada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Minayo (1996, p.121) afirma que este tipo de entrevista consiste em enumerar, da forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos - advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação. Explica a autora:

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (Minayo, 1996, p. 109-110)

Nesta perspectiva, orientamo-nos por um roteiro de questões, as quais abordaram os seguintes temas:

1. Critério adotado pelo município para a escolha dos técnicos de saúde e de educação responsáveis pela aplicação das ações do Programa Saúde na Escola nas escolas beneficiadas;
2. Formas de disseminação do conhecimento do Programa Saúde na Escola;
3. Formas de esclarecimento de dúvidas referentes ao PSE, quando estas ocorrem;
4. Dificuldades encontradas pelas equipes na aplicação do PSE;
5. Reflexo das ações para a implementação do programa na relação de intersetorialidade entre saúde e educação;
7. O significado de Saúde Escolar para os envolvidos com o programa;
8. Interferências do programa na função dos envolvidos (na escola ou setor de saúde);
9. Benefícios que o Programa Saúde na Escola trouxe para a escola, a saúde e a comunidade;
10. Relevância de programas desta natureza para a melhoria do atendimento à saúde infantil.

2.4 PROCEDIMENTOS

De posse das autorizações para realização das entrevistas⁴⁴, entramos em contato com os responsáveis pelos respectivos setores de educação e saúde. Com a anuência dos gestores, agendamos as entrevistas com os profissionais técnicos. Os professores e ACSs foram previamente selecionados pelos gestores de cada setor que estavam envolvidos com o PSE. A todos os entrevistados foram apresentados os esclarecimentos necessários quanto aos objetivos e à relevância deste trabalho, assim como lhes foi garantido o sigilo quanto às informações prestadas. Os profissionais que aceitaram participar voluntariamente das entrevistas assinaram o Termo de Consentimento e Livre esclarecido/TCLE. (ANEXO C).

⁴⁴ O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, de acordo com o Parecer n. 682.721, de 09/06/2014 (ANEXO A) e autorizado pelo prefeito municipal de cada um dos municípios pesquisados (ANEXO B).

As entrevistas foram realizadas na segunda quinzena do mês de junho do ano de 2014.

2.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta etapa envolveu escuta, transcrição e organização dos dados gerais das entrevistas. Após as entrevistas, tendo como dados as respostas gravadas, demos início a uma leitura cuidadosa e detalhada das respostas. Da mesma forma, foram exploradas as divergências e as convergências das respostas dos participantes.

Na interpretação dos dados coletados foram consideradas as experiências individuais e coletivas sobre o significado das práticas cotidianas que permeiam a educação e a promoção da saúde.

Na concepção de Heller (1985, p. 20), “[...] a vida cotidiana não está fora da História, mas no centro do acontecer histórico: é a verdadeira essência da substância social”. Neste sentido, o indivíduo é particular e geral ao mesmo tempo, uma vez que não se podem considerar os aspectos do seu cotidiano sem vinculá-los à complexidade da vida social. O indivíduo constrói a sua própria história e ao mesmo é construído por ela, através da interação social com seus pares, em processo de constituição histórica de seu nível cultural, com as instituições sociais como a família, a religião, a comunidade e o poder político constituído.

Após análise minuciosa foi possível organizar os resultados, os quais foram selecionados e assim apresentados:

- 1) Conhecimento inicial do programa para a sua implantação e implementação;
- 2) A efetivação da intersetorialidade entre saúde e educação;
- 3) A compreensão e o significado do PSE para os profissionais envolvidos;
- 4) A atuação de profissionais da saúde na escola e dos profissionais da educação vinculados ao PSE.

Salientamos que usamos apenas partes das entrevistas para a ilustração do trabalho e que as entrevistas, transcritas na sua totalidade, estão disponíveis em forma de apêndice, possibilitando assim, outras leituras e análises.

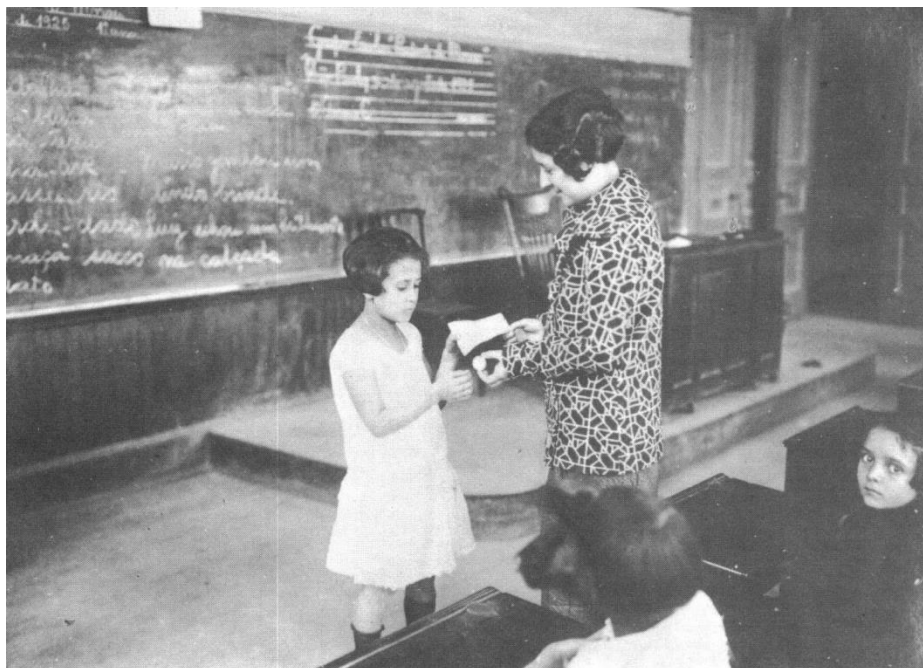


Figura 7. Educadora sanitária ministrando uma aula, década de 1920.

3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, DE FATO

3.1 CONHECIMENTO INICIAL DO PROGRAMA PARA A SUA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Para falar a verdade, as informações que tive foram porque eu fui atrás e pesquisei. Baixei documentos do site do Ministério da Saúde. Com exceção da técnica, que me informou, eu não obtive mais informações. (Gestor sd n. 1)

Como já visto anteriormente, o Programa Saúde na Escola está em vigor desde o ano de 2007; entretanto, conforme informações obtidas junto à 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2011 apenas dois municípios haviam aderido ao programa. De acordo com os ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2013), isto se deve ao fato de que até o ano de 2012 o PSE apresentava critérios que condicionavam a adesão ao programa. Estes critérios estavam relacionados à cobertura de Saúde da Família, ao resultado do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e à

adesão ao Programa Mais Educação, os quais definiam e selecionavam os municípios que poderiam ou não aderir ao programa e dele participar; no entanto, conforme a Portaria Interministerial n. 1.413, de 10 de julho de 2013, que redefiniu as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola, todos os municípios do país ficaram aptos a aderir ao PSE, podendo participar todas as equipes da Atenção Básica. Da mesma forma, as ações do programa foram estendidas para as creches e pré-escolas e todos os níveis de ensino, assim, as creches, a Educação Infantil, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio passaram a fazer parte do programa. Desse modo, na abrangência da 15ª Regional de Saúde, no ano de 2014, o número de municípios que aderiram ao PSE aumentou para 26 (vinte e seis), surgindo assim a necessidade de ampliar o repasse das informações.

O conhecimento inicial dos objetivos e diretrizes do Programa Saúde na Escola, por parte dos profissionais envolvidos com a sua execução, é essencial para o entendimento, a elaboração e a implementação das ações previstas para o desenvolvimento do PSE é essencial que os profissionais envolvidos em sua execução conheçam os objetivos e as diretrizes desse programa. Esta orientação e conhecimento proporcionam uma visão globalizada das informações, e assim possibilitam a realização de um plano de ação efetivo para a atuação positiva dos envolvidos; no entanto, quando questionamos os entrevistados sobre as informações sobre o PSE que haviam recebido, os profissionais da saúde e, principalmente, os profissionais de educação, em geral as avaliaram como insuficientes, restando-lhes muitas dúvidas, como se observa nas falas abaixo:

Não! Não foram suficientes. Até no início desse mês nós tivemos a capacitação e, até aquele momento, eu fazia tudo conforme ela me orientou, a pessoa que me apresentou o programa que foi a nutricionista do município [...]. (Técnico sd. n. 2)

Para falar a verdade não. Ficou meio assim, porque eu acho que a saúde deveria ter vindo e passado para nós. Só veio o pessoal da educação que falou que nós iríamos estar fazendo este projeto, mas não ficou bem claro não. (Professor n. 4)

De acordo com os ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2011a), as ações do Programa Saúde na Escola devem ser contempladas inclusive no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da escola. Esta medida contribui para o conhecimento e a elaboração consciente das ações a serem executadas, uma vez que considera as “diferenças regionais do país”, possibilitando assim a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. Por outro lado, em nosso estudo, até mesmo os responsáveis pela

execução do programa revelaram que as informações referentes ao conhecimento inicial do mesmo foram insuficientes e permeadas por dúvidas e dificuldades:

Não! Não, eu tive que me utilizar de pré-conhecimentos, em função de outros programas que eu já trabalho. (Técnico ed. n. 1)

E em relação aos profissionais da saúde, de acordo com o relato da ACS, também está presente a queixa da insuficiência de informações. Ainda assim, mesmo diante da pouca informação que recebeu, o programa está sendo executado, pois um grupo de profissionais “tomou a frente” e deu o direcionamento necessário, como se observa nas falas abaixo:

Foram poucas as informações que passaram pra gente, né. Como eu disse quem mais tomou a frente foi a nutricionista, a psicóloga e a fisioterapeuta. Elas que tomaram frente do programa. (ACS n. 2)

Na realidade quando eu assumi a função aqui, eu não tinha quem me passasse as informações sobre o mesmo, pois como era um programa em que somente dois municípios da nossa regional faziam parte estava assim, meio abandonado. (Técnica Reg. sd)

As instruções recebidas também foram precárias e muitas dúvidas ainda persistem, não apenas para os integrantes dos municípios, mas também para os responsáveis técnicos dos órgãos de propagação⁴⁵ e condução do PSE. É o que se observa na fala abaixo:

Na verdade, o manual tem muitas informações, mas você vai conduzindo de uma maneira... Como eu posso dizer para você? Vai conduzindo e vai tentando fazer, ele não é claro, você vai meio que adivinhando. (Gestor ed. 1)

Também foi possível verificar que a falta de informações e uma série de outros fatores aparentemente alheios à vontade dos responsáveis pela propagação do programa, resultou em atraso na realização de ações que o tornassem conhecido na sua íntegra, como se constata na fala abaixo:

Eu faria diferente. Na realidade, este evento grande que foi realizado em junho de 2014, deveria ter sido feito em junho de 2012. Neste evento foi passado o que era o programa para a saúde e a educação. Conseguimos reunir um grupo grande de profissionais de educação e saúde que estão dentro das escolas. Infelizmente, por questões financeiras do Estado, nós não conseguimos fazer isto antes. Mas eu concordo plenamente, que isto nós fizemos este ano, no mês passado, nós teríamos que ter feito em junho do ano passado, quando começou o ciclo de 2012. [...] Porque o projeto já está pronto há muito tempo. Era o momento em que iríamos reunir para

⁴⁵ Entende-se como órgãos de propagação do PSE: 15ª Regional de Saúde e NRE (Núcleo Regional de Educação).

passar realmente o que era o programa, como são desenvolvidas as ações, os componentes e não conseguimos fazer, então é uma coisa que começou, na realidade, de trás para frente, quando está acabando o primeiro ciclo para todos os municípios é que nós conseguimos fazer o evento. (Técnica Reg. sd)

Os relatos do pouco conhecimento das informações referentes ao PSE, nos remete ao que está previsto pelos Ministérios da Saúde e da Educação no tocante às ações para a implementação do Programa. De acordo com as publicações oficiais, é de responsabilidade dos dois ministérios oferecer subsídios para a “formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE.” (Brasil, 2011a, p.14). Além disso, conforme apresentado anteriormente, a formação dos profissionais envolvidos com o Programa isto é, os gestores e as equipes de educação e saúde, é um compromisso que envolve as três esferas de governo - a federal, a estadual e a municipal. Esta formação é um trabalho contínuo e permanente, no qual se prevê

[...] curso de formação continuada para professores, gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE). A carga horária total é de 180 horas. O curso pretende atingir: todas as prefeituras municipais que aderirem ao PSE que possibilitarem algum tipo de acesso à internet banda larga, seja na própria Secretaria de Educação, em polos da Universidade Aberta do Brasil (UAB), com computadores disponíveis para usuários da rede de ensino e profissionais da ESF. (Brasil, 2011a, p. 19)

Quanto ao que está preconizado pelos documentos oficiais que orientam e organizam a implantação e a implementação do PSE, nos municípios de todo o País, fazendo uma comparação com os relatos dos entrevistados, verificamos que, efetivamente, houve um descompasso entre as informações disponibilizadas pelos ministérios da Saúde e da Educação e as informações que chegaram aos profissionais responsáveis pela propagação e pela execução do programa.

Os entrevistados deixam claro em seus depoimentos que houve falha técnica na divulgação das informações necessárias para a implantação do Programa. Eles reconhecem a importância e a necessidade de um número maior de informações e encontraram dificuldades para compreender a estrutura do Programa, seus objetivos, princípios e diretrizes. Assim, a escassez das informações para a implantação inicial do Programa Saúde na Escola refletiu-se em seu processo de implementação. As medidas adotadas para a divulgação do Programa Saúde na Escola e sua implantação e implementação foram insuficientes. Os profissionais envolvidos tiveram dúvidas e dificuldades em compreender e executar o programa.

Como já assinalamos anteriormente, há muito tempo se pensam e se propõem atividades e ações intersetoriais que envolvem a Saúde e a Educação.

A seguir faremos uma demonstração de como o diálogo intersetorial está sendo conduzido e entendido pelos setores de Saúde e de Educação nos municípios pesquisados.

3.2 A INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

[...] Nós temos muitos lugares, muitas casas, muitas comunidades que as equipes de saúde ficam impedidas de entrar, tem família que não deixa o ACS entrar dentro de casa, não permitem que o enfermeiro ou o médico acessem e isto não acontece na escola. (Técnico Reg. sd)

De acordo com as especificações e orientações norteadoras encontradas nas publicações veiculadas pelos ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2011a) referentes à organização e condução do Programa Saúde na Escola, preconiza-se o investimento em ações intersetoriais em todas as dimensões. O investimento em medidas que estimulem o trabalho intersetorial começa com a ampliação das ações realizadas pelo setor de saúde e de educação, visando promover a articulação entre os diversos saberes, assim como a “atenção integral à saúde de crianças e adolescentes”.

Conforme exposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011a), é somente com o trabalho intersetorial que se fortalecerá a saúde e educação, o que resultará em avanços para a saúde do educando:

[...] a articulação intersetorial é imprescindível, assim como a real aproximação com a família para o conhecimento da vida do aluno. Nesse sentido, sugerimos que educação e saúde possam organizar espaços para trocas de saberes e produção de cuidado com construção de projetos terapêuticos singulares. As ESF e as escolas fazem parte da comunidade e muitas são as informações que circulam e podem ajudar no trabalho com os educandos. (Brasil, 2011a, p. 35)

É inquestionável que o trabalho intersetorial, em qualquer dimensão, dentro do contexto de políticas públicas, é de extrema importância para a efetivação de ações que fortaleçam o trabalho de proteção e promoção da saúde de crianças e adolescentes. Pelas respostas obtidas pudemos notar que o movimento de ações intersetoriais entre saúde e educação está dando os primeiros passos na busca da valorização e da compreensão da importância da relação entre os setores, porém ainda há muito caminho a percorrer para

alcançar o que, de fato, é idealizado pelas esferas governamentais, com se observa nas falas abaixo:

Eu acho que precisava ter mais comunicação entre os responsáveis pela saúde e a escola. Eles deveriam participar mais das nossas reuniões, participar falando com o professor. Eu acho que deveria começar por aí, não só diretamente com as crianças, mas também em reuniões dos professores, estarem orientando como fazer, como trabalhar com esta criança [...] (Gestor ed. n. 2)

Não. Mesmo quando foi para a questão da alimentação do SIMEC (Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação), em que nós fomos até a escola, conversar e a informação que a gente teve foi assim “ai nós temos muita coisa para fazer, nós não temos tempo de alimentar mais este programa”. (Gestor sd, n. 2)

Em um dos municípios pesquisados já foi formado o GTi (Grupo de Trabalho Intersetorial) municipal, responsável por alavancar a articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE. Observamos pela fala abaixo que a entrevistada reconhece a importância do programa e a relevância do grupo de trabalho:

[...] O GTi não tinha sido montado e a gente montou este ano, o GTi municipal de Educação e Saúde e agora vamos publicar. A educação foi no encontro macrorregional, então, este ano eu estou vendo mais ligação. Eles ligam e dizem que precisam das avaliações de obesidade. Eu falei assim “eu sou sozinha e estou esperando a nutricionista me passar todos os casos pra depois eu mandar o relatório para vocês”. Este ano eu estou vendo mais preocupação. Acho que mudou também as pessoas que trabalhavam e agora eu estou vendo mais esta intersetorialidade. (Técnico, sd. n. 2)

Alguns dos pesquisados veem a intersetorialidade como mal-articulada, tanto que não houve uma integração efetiva entre os profissionais de saúde e de educação. Este fato, de acordo com relato abaixo, refere-se ao desinteresse, muitas vezes expresso, em aproximar as práticas:

Olha, não é do jeito que deveria ser. Porque a gente acaba, às vezes, não sentando Saúde com a Educação para planejar as ações, cada um acaba fazendo a sua parte e passando a bola para o outro fazer a dele. Por conta deste programa eu sinto que não existe a intersetorialidade como deveria existir. (Gestor sd. n. 1)

Apesar disso, a entrevistada observa que, de alguma maneira, houve uma relação de intersetorialidade, e que esta melhorou em comparação com os anos anteriores, quando não existia o programa no município; porém alguns dos envolvidos na questão reconhecem que há dificuldades em estabelecer este diálogo entre os setores, como se observa nas falas a seguir:

Eu acredito que para o Ministério da Educação existe esta intersetorialidade. Tanto é que veio da Secretaria de Estado da Educação – PR (SEED), esta demanda para os núcleos que são responsáveis pela educação, conversarem com os secretários municipais de educação para articularem este programa. O programa foi direto para os municípios e nós ficamos como aqueles gestores que iriam apenas dar um auxílio de mobilização aos municípios, mais esta mobilização já estava acontecendo em alguns municípios sem até mesmo as nossas intervenções, então para o Ministério e para a SEED aconteceram as coisas, mais em nível local, nós percebemos que não foi algo tão articulado. (Técnico NRE)

Eu acho que funciona mais dentro dos municípios, lógico que não vai ser perfeito em todos os municípios, para alguns, como eu disse foi meio imposto, mais desde o momento em que as equipes começam a entrar nas escolas e a escola começa a ver que aquilo lá tem resultado e tem fundamento e está ajudando, eu acho que eles começam a criar este vínculo e esta intersetorialidade depois que começam a ver o resultado das ações, mais este início tem sido difícil. (Técnico Reg. Sd)

Sim! Eu acredito que sim. Pois em relação ao que tinha, o que a gente tem hoje, de certa forma intensificou sim. Porque hoje a gente tem abertura. Conseguimos ir nas escolas para divulgar, por exemplo, a questão do abuso. [...] Em relação as escolas a gente diz assim “é meu e teu, o filho é nosso”, então acredito que sim que existiu, mais para chegar ao que vimos no curso, estamos longe, estamos longe, mas com certeza melhorou. (Técnico sd.2)

Moysés, Moysés e Krempel (2004) esclarecem que o termo “intersetorialidade” é repetidamente apontado em documentos públicos, porém não é compreendido de forma adequada, como se vê pela atuação dos profissionais. Segundo os autores, as ações intersetoriais são importantes para a “implementação de políticas saudáveis”. Conforme destacam, “[...] a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.” (Moysés, Moysés & Krempel, 2004, p. 630).

De maneira geral, os relatos dos profissionais entrevistados indicam que não está claro o conceito de intersetorialidade, uma vez que as dificuldades mencionadas estão no contato inicial de propagação das informações técnicas para a implantação do programa, propriamente dito:

Na realidade é assim, da mesma maneira que a gente recebe estas informações da Secretaria de Estado da Saúde, o Núcleo Regional de Educação também recebe do núcleo estadual. A princípio, nós fizemos contato com a saúde esperando que eles também fizessem contato com a educação, mais parece que isto também não aconteceu. (Técnico Reg. Sd.)

Há dificuldades de comunicação, pela escassez de informações necessárias para alcançar o entendimento e para construir as bases de atuação e dos grupos de trabalho que atuam diretamente com o programa, devem ser superadas estas dificuldades que

perpassam as ações intersetoriais, cujo objetivo final é a articulação entre as diversas redes e segmentos.

A intersetorialidade, na opinião dos entrevistados da pesquisa, é de grande importância nas ações voltadas à melhoria da qualidade de vida da criança em idade escolar. Eles entendem que o aluno está presente em todos os setores do município e concordam que existem questões complexas, que não podem ser resolvidas apenas no âmbito da educação ou da saúde. São questões que englobam diversas áreas integradas na busca de atender às necessidades reais. Pondera um gestor:

As pessoas não conhecem tanto o programa e então entendem que tratar problema de saúde, é uma responsabilidade da saúde. Mais eu acredito que isto já melhorou bastante do ano passado para cá, que já dá para ver que começamos a sentar e conversar. Inclusive a gente está, não é do Programa Saúde na Escola em específico, tentando fazer uma reunião de intersetorialidade e já começou este mês, inclusive, reunindo saúde, educação, assistência social, todos os meses para tentar sentar e discutir os problemas. Porque a criança que é problema na escola é a mesma criança que, às vezes, é problema para mim na saúde, é problema para a assistência social é a mesma família e eu acho que é muito importante este trabalho integrado. Então, a gente tem caminhado para isto, tem caminhado para esta intersetorialidade, mais, como tem que ser mesmo e não só um jogar a bola para o outro. (Gestor sd.1)

Como aponta Silva (2010), os programas de saúde desenvolvidos junto às escolas ainda precisam avançar muito para consolidarem as práticas, de modo que as escolas consigam desenvolver ações intersetoriais e se torne possível desenvolver políticas públicas mais efetivas que resultem na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade.

O mesmo autor assinala que o “modelo intersetorial”, enquanto articulação entre os diversos setores e programas, direciona a relações horizontais (entre os setores) e verticais no que se refere às relações que envolvem as três esferas de governo - a municipal, a estadual e a federal. Por isso é importante destacar a importância dos setores e esferas, pois ações conjuntas resultam na eficiência do trabalho a ser realizado.



Figura 8. Educadoras sanitárias em ação nos grupo escolar paulistano “Prudente de Moraes – 1925.

3.3 A COMPREENSÃO E O SIGNIFICADO DO PSE

Saúde escolar? Num primeiro momento, opinião minha, a escola está assumindo coisas que não são da escola, eu acho que a escola em muitas coisas que ela assume, ela perde a função principal dela. (Técnico ed. n. 1)

Partindo do pressuposto de que a compreensão e o significado de uma tarefa é um dos fatores que favorecem ou não sua viabilização, buscamos este conhecimento juntos aos envolvidos no PSE. De acordo com os entrevistados, para ser efetivado o processo de aprendizagem e de construção do conhecimento é necessário que a criança esteja bem, física e mentalmente; porém as entrevistadas chamam a atenção e demonstram preocupação quanto ao possível desvio da função da escola, cujo caráter principal, segundo afirmam, é “ensinar”. Pondera um gestor:

É a criança estar bem, psicológica e fisicamente. É ela conseguir adquirir a aprendizagem na escola, que esse é o papel da escola. A escola está sendo assim, alvo de tudo, todo mundo quer fazer alguma ação na escola. É a família que deixa para a escola, aí é a saúde que vem fazer ação na escola, é a assistência social através do bolsa família⁴⁶, tudo é na escola! Então eu acho que está ficando tudo

⁴⁶ O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O Bolsa Família foi criado pela Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004.

para a escola e a escola está deixando o seu papel que é o de ensinar. (Gestor ed. n. 1)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, reza em seu artigo 1º: “A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.”

Conforme discute Saviani (1991), o papel da escola é a “transmissão-assimilação” de conhecimentos sistematizados. Estes conhecimentos são elementos culturais historicamente construídos através do processo de trabalho. “Em suma, pela mediação da escola, dá-se a passagem do saber espontâneo ao saber sistematizado, da cultura popular à cultura erudita.” (Saviani, 1991, p. 20). Nesta perspectiva, a educação não se restringe apenas à sala de aula, mas envolve também o contexto social do aluno. Por isso é preciso repensar o significado da instituição escolar. Explica Mendonça, 2011:

[...] historicamente, coube à instituição escolar a guarda e a responsabilidade social da transmissão do conhecimento. Essa característica marca o objetivo da escola, que embora passe por crises exatamente por não atender a contento tal meta, nem por isso tem negada sua função social, ou seja, há, ainda, um reconhecimento social da sua necessidade e de seu conteúdo histórico, específico. Há, também, a expectativa de que a escola deva transmitir conteúdos escolares, traduzidos na relação professor/estudante e ensino/aprendizagem. (p. 347)

A autora afirma que os problemas do cotidiano escolar têm colocado em “xeque” esse papel histórico da escola e que a instituição escolar não tem conseguido efetivar a contento a “socialização/transmissão” dos conteúdos escolares e, desta maneira, não fica claro para professores e alunos qual é o objetivo da escola e seu significado, ou seja, “[...] a relação entre os sujeitos e o significado não é direta e imediata, ela exige mediações que possibilitem a atribuição de sentido pessoal, por parte dos sujeitos, ao significado, expressão de práticas sociais cristalizadas. (Mendonça, 2011, p. 348)

As relações são historicamente construídas em uma constante produção de necessidades e de satisfação destas necessidades. Ao longo da vida, os homens vão assimilando as experiências da humanidade, das gerações anteriores, absorvendo o seu significado através das práticas sociais, as quais são práticas de inter-relações que podem ser “cristalizadas” através de regras sociais (Leontiev, 1978).

Diante da complexidade da sociedade, entendemos que o espaço escolar não tem sido muito favorável à socialização do conhecimento, embora a escola reúna em seu contexto um número grande de crianças, jovens e adultos. Assim, fica comprometida a justificativa de que não é função da escola abordar os conteúdos referentes às disciplinas⁴⁷ e os temas transversais⁴⁸ relacionados ao PSE, os quais devem fazer parte do projeto político-pedagógico escolar, “[...] atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos” (Brasil, 2011a, p. 13), pois encerra uma visão muito simplificada, negando a real necessidade da vida do aluno. Vale lembrar que os conteúdos e temas abrangidos pelo PSE dizem respeito tanto às ações “essenciais” como às “optativas”.

No relato que se segue, a entrevistada destaca a dificuldade que encontrou para “convencer” os professores da importância de trabalhar em sala de aula os temas pertinentes ao PSE. É possível perceber que há uma desconexão no conceito e na compreensão da saúde na escola, por parte da própria escola. Afirmo um técnico:

[...] os professores devem saber que aquela parte de educação é de responsabilidade deles. [...] A maior dificuldade que eu encontrei foi na parte da educação, principalmente dentro da sala de aula. Os professores terem que trabalhar os temas de saúde dentro da sala de aula. (Técnico sd. n. 1)

Em se tratando de currículo escolar, seus conteúdos estão nele presentes estão compreendidos no PSE e já fazem parte da grade curricular das escolas, onde devem ser pedagogicamente abordados para que sejam significativos para os alunos. Sendo assim, não há justificativa para não se efetivar uma prática que já é realizada pela escola. De acordo com o relato seguinte, a escola já desenvolve os temas apresentados pelo programa, conforme as falas abaixo:

Sim todos os dias até, no planejamento, a gente recebe informações que nós devemos trabalhar com esta questão da higiene e saúde com os alunos. Na verdade, está até no nosso currículo, é trabalhado praticamente todos os dias com eles. A gente trabalha até sem ser em forma de conteúdos. (Professor, n. 3)

Nós trabalhamos mais movimento (práticas corporais e atividades físicas), a questão da alimentação, nesta semana não trabalhamos, pois já é trabalhado através do currículo. (Professor, n. 2)

⁴⁷ Educação Física, Biologia e Ciências Naturais.

⁴⁸ Ética; Meio Ambiente; Saúde; Pluralidade Cultural; Orientação Sexual.

Outra questão que foi possível observar, tomando como base o relato das professoras entrevistadas refere-se à “semana de saúde na escola⁴⁹”, que é promovida pelo PSE e na qual são realizadas ações pontuais de atendimento aos alunos. Uma das entrevistadas compreendeu que todo o programa se limita e se restringe a esta semana de atendimento:

Olha, é um programa que não deveria ficar só para uma semana, porque, embora eu sempre trabalhe esta parte da qualidade de vida, é um programa que eu acho que deveria ter mais vezes; ter essa semana, vamos supor... vamos colocar mais semanas, uma por mês, uma a cada dois meses. Então, deveria ter mais incentivo. Não é bem um incentivo que eu quero dizer, porque quando vem lá de cima, daí a execução tem que acontecer e ainda mais juntando saúde com escola. É isso que eu acho que deve ter: uma maior integração entre saúde e educação. (Professora n. 1)

Outro detalhe a destacar é que, na busca por verificar as condições da relação da esfera municipal com os responsáveis pela mobilização do programa foi possível constatar, diante do entendimento explícito nos relatos, os profissionais que atuam na esfera municipal não tiveram condições satisfatórias de compreender e conhecer previamente o programa. Seu entendimento foi se dando ao longo do processo de implementação, à medida que foram sendo realizadas e cumpridas as etapas de execução.

Entendemos que para o programa alcance a sua finalidade, para ter êxito e realmente efetivar-se como prática do cotidiano escolar, é necessário, como condição primária, que sejam tomadas medidas esclarecedoras que permitam que todos os envolvidos se apropriem e tomem conhecimento da proposta do programa em sua íntegra antes que seja colocado em prática. Informa uma professora:

Eu, enquanto supervisora da escola, passei as informações para as professoras, falando desse programa. Na verdade veio assim, passei o texto, mostramos para elas pessoalmente, vieram algumas sugestões de atividades e eu conversei com elas. Nós não fizemos as sugestões que vieram, fizemos outras e mandamos fotos para o departamento de educação. Falar a verdade para você, sobre o programa em si ninguém veio falar sobre ele. Eu não sei como chegou no departamento. Foram elas (equipe pedagógica do departamento de educação) que passaram para nós e eu passei para as professoras. Só pedindo que nesta semana nós iríamos fazer alguma coisa sobre a saúde e que poderia ser sobre alimentação ou movimento (atividades físicas) com as crianças. (Professor, n. 2)

Vale lembrar que no Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado em 1922, no Rio de Janeiro, houve uma intensa discussão sobre os cuidados e

⁴⁹ Neste ano a mobilização, semana de saúde na escola, foi realizada pelos municípios no período de 07 a 11 de abril e teve como tema as práticas corporais, atividade física e lazer numa perspectiva de cultura de paz e direitos humanos.

proteção a serem prestados à criança em todos os aspectos de sua vida. Em torno desta questão reuniram-se muitos congressistas das mais variadas áreas e houve uma mobilização muito grande no País no sentido de voltar o olhar para as fragilidades da infância. Confirmando esta intenção, destacamos um pensamento da época: “O problema da criança é o problema do Estado.” Isto significa que havia uma preocupação com o significado que a criança tinha para a economia no sentido de serem “forças vivas da nacionalidade”, “[...] Do que valem sacrifícios para trazer ao Brasil imigrantes quando deixamos emigrarem para a eternidade as criancinhas por falta de cuidados?” (Atas do Congresso, 1923, p. 132)

Os congressistas defendiam a ideia de que a criança não era mais problema apenas da família, mas passava a ser um problema da sociedade, e de que “o problema da criança é o máximo problema social”. Entediam que as crianças deveriam ser amparadas na falta de cuidados por parte dos pais. Aliás, vale lembrar que por meio da educação sanitária das crianças havia o desejo de alcançar os pais, partindo do princípio de “maleabilidade” que a criança possui. Entendiam que, ao investir nas crianças, estas iriam adquirir hábitos adequados de higiene e de alimentação, e consequentemente os levariam para o núcleo familiar, promovendo assim a mudança de comportamento familiar.

Sobre isto seguem-se as falas de duas professoras:

[...] Mas peço que não fique só na escola, que eles levem isso para a família também, para os pais explicando quais as consequências de uma má alimentação e que não precisa ter uma alimentação cara para ser uma alimentação boa. Então o cardápio é muito variado e a gente pode fazer uma boa alimentação com um custo bem barato. (Professor n. 1)

Olha, eu acho que saúde escolar seria a gente transmitir para as crianças tudo o que elas precisam saber na vida delas, de tudo, higiene, alimentação e tudo o que elas vão usar em casa. (Professor, n. 3)

A Escola Nova, nas décadas de 1920/1930, também trazia uma proposta de mudança nos métodos de ensino, dando valor à liberdade e a socialização. O papel da escola era preparar o aluno para a vida. Nesta perspectiva também levava em conta o bem-estar da família, do aluno em sua constituição física e mental, devendo ele ser objeto de cuidado; também se preocupava com a alimentação dos escolares e o cultivo de hábitos de higiene.

Está claro no Manifesto dos Pioneiros (1932) que a educação deve ser integral e atender às necessidades de saúde física e psíquica das crianças, adolescentes e jovens,

assegurando-lhes o maior desenvolvimento de “suas capacidades físicas, morais, intelectuais e artísticas”. Esta preocupação também está presente na perspectiva do PSE quanto à melhoria da qualidade de vida da população e diz respeito ao atendimento e ao “desenvolvimento integral” da comunidade escolar. Para tanto, de acordo com os ministérios da Saúde e da Educação, “[...] é preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida.” (Brasil, 2011a, p. 6)

Observa-se no relato dos entrevistados a intenção de alcançar os demais membros de uma família por meio de conhecimentos e de comportamentos adquiridos e aprendidos pela criança no contexto escolar, a qual, por sua vez, os transmitirá aos seus familiares. Não obstante, cumpre observar que mudar a realidade de uma família no tocante ao seu conhecimento sobre a aquisição de boa saúde ou de alimentação saudável não será possível apenas com os conhecimentos adquiridos pela criança na escola.

3.4 A ATUAÇÃO DO ESF NA EXECUÇÃO DO PSE

Essa criança mora nos fundos da casa que eu visito, a mãe e o pai trabalham e fica com a avó que mora na frente. Eu vou na casa da avó e ela me atende no portão, eu nem sabia que tinha criança ali, que tinha essa criança com autismo, que nem na verdade sei se é, mas tudo leva a crer que sim. E, assim a gente vê outras crianças com obesidade. (ACS, n. 1)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a Estratégia Saúde da Família visa desenvolver ações que possibilitem a “promoção, proteção e recuperação da saúde”, tanto das famílias como dos indivíduos, desde o recém-nascido até o idoso.

O objetivo principal da Estratégia Saúde da Família é reorganizar as práticas de assistência no sentido de orientar as famílias e levá-las a compreender o processo de saúde e de doença, além de realizar intervenções que vão além das “práticas curativas”. “A Estratégia de Saúde da Família, reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação na comunidade.” (Brasil, 2001, p. 5)

Entre outras ações, as equipes devem estar preparadas para identificar os problemas de saúde e situações de risco, ter conhecimento da realidade das famílias,

prestar-lhes assistência integral e desenvolver junto a elas ações “educativas e intersetoriais”.

As respostas que seguem são referentes ao questionamento realizado aos entrevistados quanto à atuação dos ACSs e à receptividade do trabalho que devem desenvolver junto ao escolar:

Eles sempre encaram como um a mais, mas eles são muito dispostos. Você tem que fazer aquela triagem de todos os alunos, acuidade visual, estado nutricional e eles participaram de todas essas ações. (Gestor sd. n. 2)

Na realidade o que preconiza o Programa Saúde da Família, o ACS e a equipe de saúde tem que desenvolver não só através de visitas domiciliares, pontuais, individuais a educação em saúde, mas também em grupos específicos. Por isso há os grupos de hipertensos, grupos de diabéticos, grupos de gestantes e agora o grupo de escolares, eles tem que desenvolver esta atividade em grupo também. Hoje, nós enfrentamos muitos problemas, com a população de escolares, tem muita reclamação com relação a problemas de saúde, principalmente de saúde mental, envolvimento com droga e este é o grande ápice do nosso problema de saúde pública. (Técnico Reg. sd)

Neste relato o profissional técnico responsável pela Regional de Saúde chamamos a atenção para alunos que fazem uso de drogas. Este vício apresenta maior incidência entre os alunos dos anos finais do Ensino Fundamental e os do Ensino Médio. Este público, por conta da idade, não comparece ao posto de saúde com a mesma frequência que os demais alunos em idade inferior, fato que é exemplificado no relato que segue:

[...] A gente também tira por base assim, quando são “pequeninhos” conseguimos pegar praticamente cem por cento, porque tem a questão, vacina, pediatra. Conforme eles vão crescendo, parece que vão evadindo um pouco mais da Unidade Básica de Saúde, então fica um pouquinho mais difícil de você conseguir pegar, daí só na visita. Mas na visita é aquilo que eu já te falei, não vai ser uma coisa precisa. O ACS na visita ele pergunta se as condições de saúde da família estão bem, mais na visita dificilmente ele pega a família toda em casa e ele não consegue fazer toda essa triagem. (Gestor sd. 2)

Os alunos de faixa etária inferior, os de zero a onze anos, ou seja, os que estão nas creches, na Educação Infantil e na primeira fase do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano), estes são alcançados pelas equipes de saúde dentro do contexto escolar, quando são avaliados pelas ACSs que fazem parte da execução das ações. Vale lembrar que as ações pactuadas por ambos os municípios são as ações essenciais do Programa Saúde na Escola.

Os profissionais da saúde e da educação que atuam nos dois municípios focalizados conhecem as ações de saúde que são realizadas dentro das Unidades de Saúde. Como o Programa Saúde na Escola é desenvolvido com a colaboração e a atuação dos ACSs que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família, são eles que vão às escolas, juntamente com as equipes, para realizar as ações pertinentes ao PSE. Desta forma, sabendo do trabalho em saúde que já é oferecido pelos referidos município e pressupondo que este serviço alcance toda a população, questionamos os entrevistados quanto à necessidade de o atendimento em saúde ser realizado nas escolas. Seguem abaixo algumas respostas.

É a única maneira que todos têm de atingir estas crianças. (Gestor ed. n. 1)

Às vezes não alcança, deveria alcançar, mas, às vezes, a gente não consegue. Por exemplo: a criança fica o dia todo na creche, a família fica o dia todo trabalhando, então, às vezes, o programa (PSF) não consegue chegar nessas famílias. Então, a gente tem sim uma perda aí do PSF nesses casos, de pais que trabalham. A ACS vai na casa e não encontra e a gente acaba conseguindo contato com a família justamente nas campanhas. Campanha de vacinação em que a família vem procurar ou através do Programa Bolsa Família em que a família tem que vir para pesar e para dar as condicionalidades de saúde. O Programa Saúde na Escola é uma oportunidade, também, que a gente tem de encontrar essas famílias, que a gente acaba não conseguindo assistir pelo PSF. (Gestor sd. 1)

De acordo com os depoimentos supracitados, a Estratégia Saúde da Família não consegue alcançar todos os membros da família quando se fazem as visitas domiciliares, e é através do Programa Saúde na Escola que se torna possível alcançar toda a população, como reafirmam os depoimentos a seguir:

Porque é muito importante. Quando você vai na casa, nem sempre as crianças estão ali, não está no ambiente dele. Eu mesma já fui na casa de uma criança e nunca tinha visto ela. Às vezes, você vai na família, mas esta é tão arredia que nem todas as famílias chamam para entrar, às vezes, é do portão pra fora, outro não, chama, entra, senta e já está até familiarizado. Mas nem todo mundo, às vezes, é do portão pra fora e aí você não sabe como é dentro de casa. A casa desta criança é da minha área e eu nunca tinha entrado dentro da casa, eu nem sabia desta criança. (ACS n. 1)

[...] Nós temos muitos lugares, muitas casas, muitas comunidades que as equipes de saúde ficam impedidas de entrar, tem família que não deixa o ACS entrar dentro de casa, não permitem que o enfermeiro ou o médico acessem e isto não acontece na escola. Então para esta comunidade em que a equipe de saúde não consegue adentrar a casa e sabe que lá dentro tem criança e adolescente, na escola ela tem acesso a eles. (Técnico Reg. sd)

Não, porque normalmente a gente não encontra essa criança. Quando a gente vai na casa a gente foca mais na mãe e no pai, porque é o pai e a mãe que fala e lá é direto com eles, então é importante. (ACS, n. 2)

Observamos no relato a seguir que algumas ações - como, avaliação antropométrica, de saúde bucal, oftalmológica, de verificação da situação vacinal e do PSE - que estão sendo desenvolvidas nos municípios já vinham sendo realizadas; no entanto, o que está acontecendo é apenas a sistematização dos dados e das informações já existentes. A propósito, observe-se a seguinte fala:

Como a gente já fazia, a gente não tinha que registrar, a gente só faz e não tem assim um dado pra você completar, como o PSF, tem uma ficha específica que é o atendimento coletivo, que tem um monte de coisa, é um dado a mais para você. Por exemplo: na hora da “pactuação”⁵⁰, a gente tem um dado para comprovar aquilo que realmente a gente está fazendo, então, como a gente já fazia, a gente aderiu para uma coisa que a gente já fazia. (Técnico sd. 1)

Como está exposto nos relatos anteriores, as Equipes de Saúde não alcançam todos os membros da família nas visitas de rotina realizadas nas casas. Seria impróprio pensar que o PSE seria uma duplicação dos serviços já prestados em saúde, pois as ações deste programa são muito variadas e de alcance amplo.

No relato seguinte a entrevistada reforça que o ESF nem sempre cumpre com sua demanda de atendimento dentro das Unidades Básicas de Saúde. O atendimento realizado pelo PSE viria estabelecer uma relação de complementaridade dos serviços prestados no que se refere ao atendimento em saúde da população - especificamente, da criança em idade escolar:

[...] O PSE ele tem um olhar totalmente diferente, ele é o inverso, a gente oferece, a gente vai até a criança, a gente vê a criança na sua totalidade. Quando a gente está no posto de saúde a gente só vê doença, a gente não entende que esta criança está inserida em uma sala com tantas outras crianças e tem uma história de vida tão diferente e ao mesmo tempo elas são muito parecidas. [...] Nós não podemos deixar de lado a família, eu acredito que a saúde escolar para aquele sujeito é a integralidade de desenvolvimento no aspecto preventivo, é um olhar sem esperar a demanda, é você ir até ele sem esperar que ele venha até você com uma doença já instalada. Temos que ter o olhar para a família[...] Quando você tem uma semana de saúde na escola, vai toda a equipe para a escola e todos conhecem a equipe, entende? Aí, todo mundo percebe que tem aquele monte de gente trabalhando pra ela, para ela ter qualquer ganho que seja em relação a saúde. Que ela não precisa, por exemplo, estar obesa para ela procurar a unidade, que antes que isto aconteça, nós já estamos pesando você, já estamos fazendo o controle, estamos cuidando. Então, é o aspecto preventivo, até então o PSF vai, identifica a demanda e comunica. (Técnico, sd.2)

⁵⁰ Pactuação é uma terminologia utilizada ao se fazer a adesão ao PSE em que os gestores municipais assumem o compromisso de alcançar resultados em relação a ações consideradas prioritárias.

Nesta perspectiva, o atendimento em saúde do escolar e da família não fica restrito ao atendimento nas UBSs, e assume um caráter preventivo da saúde e não curativo da doença.



Figura 9. Banho de sol no Parque Infantil da Lapa - SP, final da década de 1930.

3.5 O (DES)CONHECIDO PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR

[...] O programa não se resume a escovação, nem a fluoração nem a palestras sobre DST, drogas, AIDS, não é isto o programa, não são atividades pontuais. É um cronograma a ser seguido, é o vínculo entre a educação e a saúde e o trabalho durante todo o ano lá dentro. É toda uma programação para estar trabalhando estes temas e estas ações dentro da escola. Não se resume a atividades pontuais de maneira alguma. (Técnico Reg. sd)

Após a realização das leituras, entrevistas, análises e discussões, concordamos que é chegado o momento de contribuirmos com algumas ideias, a título de conclusão, embora tenhamos ciência de que o assunto não foi esgotado.

Em se tratando do Programa Saúde na Escola como o “novo” desafio da intersectorialidade entre a saúde e a educação, queremos, mais uma vez, reportar-nos a uma discussão que se estabeleceu nas décadas finais do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, período em que os higienistas buscavam acompanhar o homem e seu desenvolvimento lançando programas de cuidados com a saúde e principalmente com a higiene. Nesse período os higienistas, efetivamente, fizeram-se presentes por

meio da “inspeção sanitária escolar”, cujo objetivo consistia em conter o avanço e a proliferação de doenças infectocontagiosas, as quais aumentavam expressivamente a taxa de mortalidade infantil (Moncorvo Filho, 1926). Por outro lado, as medidas higiênicas tomaram proporções tais que visavam corrigir aspectos subjetivos do homem, desconsiderando suas condições materiais e sociais. Para tanto, as escolas passaram a ser alvo da educação higiênica no sentido de prevenir doenças, mas também de cuidar das “tendências herdadas”. (Fontenelle, 1925)

Da mesma forma, Afrânio Peixoto (1930) elaborou importantes tratados sobre a saúde no contexto escolar e destacou a fundamental importância da prática da vigilância sanitária na obra “Educação: higiene escolar”, uma vez que esta prática trazia benefícios quanto à prevenção de doenças transmissíveis. Segundo o autor, era necessário adotar medidas tanto de nível material, como “[...] ventilação, iluminação, mobiliário, lavatórios, aparelhos sanitários, etc.” (Peixoto, 1930, p. 368), como no de “[...] vigilância individual dos alunos”.

Conforme Peixoto (1930), o cuidado com as doenças transmissíveis no contexto escolar se estendia a todas as outras pessoas presentes na escola: “mestres, professores, guardiãs, serventes, bedéis”.

Na atualidade, em tempos de SUS, está claro que as necessidades, tanto em saúde como em educação, são diferentes das do período citado, porém há outras intercorrências que justificam a atuação da saúde no espaço escolar, pois, conforme a argumentação dos entrevistados, alcançar a população infantil dentro do espaço escolar é mais simplificado e efetivo do que esperar que as famílias levem as crianças para o atendimento médico nas unidades de saúde.

Não obstante, no decorrer das entrevistas realizadas com os profissionais que atuam com o PSE, tomamos conhecimento de que o atendimento em saúde prestado pela ESF não ocorre da maneira como está idealizado. Por conta disto, foi possível formular uma nova interpretação no tocante à necessidade de realizar atendimento em saúde no contexto escolar.

Partindo da indagação inicial, na qual formulamos a hipótese de que houvesse “duplicidade” no atendimento em saúde, retomamos o que preconiza a Lei 8.080/90 em seu Art. 7º- inciso XIII, o qual prevê a “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.” A princípio foi possível observar que parecia incoerente o fato de o Programa Saúde na Escola (PSE) ser executado pelos agentes da Estratégia Saúde da Família, cujo trabalho é, justamente, fazer o

acompanhamento de toda a população; mas algo que inicialmente parecia duplicidade, no decorrer das entrevistas verificamos ter o sentido de complementaridade de meios para fins idênticos. Assim, mesmo tendo clareza do papel a ser desempenhado pelas equipes de saúde no que concerne ao atendimento à comunidade por meio das visitas domiciliares, observamos que esta demanda não é completamente alcançada, justamente pela ausência dos pais por motivo de trabalho e a ausência da criança por encontrar-se na escola, entre outros motivos. Com base neste princípio, justifica-se o trabalho preventivo em saúde no contexto escolar, pois oportuniza a aproximação entre as unidades de saúde e as necessidades em saúde da comunidade local.

No que tange às informações recebidas pelos executores do programa e a serem estas suficientes ou não, observamos que os relatos foram contundentes ao demonstrarem a fragilidade do nível das informações necessárias para que houvesse condições adequadas para que todos os profissionais da saúde e da educação tivessem conhecimento efetivo das ações preconizadas pelo PSE e compreendessem o trabalho a ser desenvolvido.

As bases teóricas que fundamentam o Programa Saúde na Escola são o “desenvolvimento pleno” do segmento infanto-juvenil. As ações de política integrada desse Programa visam à promoção da saúde e têm como a principal diretriz a intersetorialidade, sendo planejadas e propostas conjuntamente pelos ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2011a).

Conforme exposto em documento oficial, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Saúde na Escola, propõe para os escolares ações relacionadas à saúde no contexto escolar - sejam estas de ordem educativa, preventiva ou assistencial - em parceria com os profissionais de saúde. Com estas ações o Ministério tem como objetivo lançar mão de práticas que contemplem a qualidade de vida e os condicionantes da saúde dos escolares (Brasil, 2011a).

Observamos que a precariedade de informações interfere no diálogo intersetorial, o que dificulta que os envolvidos compreendam a filosofia do Programa. No tocante ao enfoque da proposição intersetorial, o estudo mostrou que, de acordo com a proposta do PSE, a relação intersetorial é fundamental para o sucesso na implantação e implementação do PSE. Foi possível verificar, pelo relato dos entrevistados, que há fragilidade na elaboração e execução desta proposição. Por outro lado, cumpre considerar que houve alguns avanços e, estes, por menores que tenham sido, foram

decisivos para reforçar o grau de participação e de responsabilização dos setores envolvidos.

No relato que segue, a entrevistada demonstra que são envidados esforços para estabelecer a comunicação entre os setores da saúde e da educação, porém há dificuldades a serem superadas:

As pessoas não conhecem tanto o programa e é por isso que acabam, por se tratar de problema da saúde, acha que é uma responsabilidade da saúde. Mas eu acredito que isto já melhorou bastante do ano passado para cá, que já dá para ver que começamos a sentar e conversar. [...] A gente está tentando fazer uma reunião de intersectorialidade, inclusive, reunindo saúde, educação, assistência social, todos os meses para tentar sentar e discutir os problemas. Porque a criança que é problema na escola é a mesma criança que, às vezes, é problema para mim na saúde, é problema para a assistência social é a mesma família e eu acho que é muito importante este trabalho integrado. Então, a gente tem caminhado para isto, tem caminhado para esta intersectorialidade, como tem que ser mesmo, e não só um jogar a bola para o outro.

(Gestor, sd. 1)

Além disto, outro fator que nos levou a alguns questionamentos no que concerne ao processo burocrático de implementação foi a identificação do significado e da importância deste programa para os profissionais – tanto os da saúde como os da educação - e sua relevância para a comunidade escolar.

No tocante à saúde da população, verificamos que há diferenças consideráveis entre as condições do final do século XIX e início do século XX e as atuais. O índice de mortalidade infantil era extremamente alto, e a proliferação de doenças infectocontagiosas assolava a população (Costa, 1985).

Entendemos que nos dias atuais as ações em saúde passam por outras necessidades e que as demandas de atendimento nas unidades de Saúde da Família passam também pela falta de tempo para ações direcionadas aos escolares. Assim se expressa um gestor: “Que todas as crianças sejam atendidas em tempo oportuno e não [tenham que] ficar demorando um ano, meses em fila de espera para serem atendidas em alguns casos (Gestor ed. 1).

De fato, nos municípios pesquisados verificamos que existem algumas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde que apenas estão sendo formalizadas por meio do registro nos sistemas informatizados, pois são ações, costumeiramente, executadas no cotidiano. Estas ações não passam despercebidas pelo técnico da Regional de Saúde, que pontua:

[...] O programa não se resume a escovação, nem a fluoretação nem a palestras sobre DST, drogas, AIDS, não é isto o programa, não são atividades pontuais. É um cronograma a ser seguido, é o vínculo entre a educação e a saúde e o trabalho durante todo o ano lá dentro. É toda uma programação para estar trabalhando estes temas e estas ações dentro da escola. Não se resume a atividades pontuais de maneira alguma. (Técnico Reg. sd)

Por meio da atuação da ESF, as intervenções ocorrem não só nos casos que exigem atendimento pontual, assim como, é possível realizar a busca ativa no trabalho de prevenção e promoção da saúde do escolar. Para tanto, a realização desta pesquisa e os resultados até aqui encontrados, podem favorecer para que os municípios pesquisados possam realizar a leitura ampliada do Programa em questão e de sua implantação e execução, observando os aspectos significativos, que ora se apresentam.

Enquanto profissional, que atua no setor da Educação, entendemos que o Programa Saúde na Escola contribui, salvaguardando as devidas proporções, para a detecção de algumas doenças, assim como para a promoção da saúde. Considerando-o assim, temos a clareza de que o estudo, ora realizado no campo educacional, não pode esgotar-se nos limites destas páginas.

Como conclusão, foi possível constatar que, efetivamente, é necessário incorporar práticas, ações e atividades intersetoriais permanentes, que busquem dar significado ao Programa, bem como qualificar o cuidado à saúde do escolar, superando as dificuldades e encarando o desafio do diálogo intersetorial, do contrário o PSE será apenas um programa a mais na agenda da escola, com características pouco expressivas e até mesmo compensatórias.

REFERÊNCIAS

- Atas do Congresso de Proteção à Infância*. (1923). Sexto Boletim do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.
- Bilac, O. (1888). *Ouvir estrelas*. Recuperado em 03 de fevereiro de 2015, de <http://www.academia.org.br/abl/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=443&sid=184>
- Boarini, M. L. (2003). Higienismo e eugenia e a naturalização do social. In: Boarini, M. L. (Org.), *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil* (pp. 19-43). Maringá, PR: Eduem.
- Brasil. (1986). 8 Anais da Conferência Nacional de Saúde. Brasília.
- Brasil. (1997). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*, Brasília.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília.
- Brasil. (2006). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Brasília.
- Brasil. (2009a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos de atenção básica nº 24. Brasília. Autor.
- Brasil. (2010b). Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Autor.
- Brasil. (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (3a ed.) Brasília. Autor.
- Brasil. (2010b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008 - 2011*. Brasília. Autor
- Brasil. (2010c). Tribunal de Contas da União. Cartilha para conselheiros do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). (5a ed.). Brasília.

Brasil. (2010d). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. (3a ed.) Brasília.

Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade*. Brasília. Autor.

Brasil. (2011b). Secretaria de Educação Básica. Ministério da Educação. *Programa Mais Educação*. Passo a passo. Brasília.

Brasil. (2011c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022 /160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Manual Instrutivo*. Programa Saúde na Escola. Brasília.

Brasil. (2014). Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição Departamento de Atenção Básica Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. *Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó*. Brasília.

Braverman, H. (1981). Trabalho e capital monopolista. A degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Buchalla, C. M., Waldman, E. A., & Laurenti, R. (2003). A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(4), 335-344.

Caldas, M. (1930, fevereiro). O Congresso da higiene mental e da eugenia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, III(2), 35-36.

Cavaleiro Neto, A. (2006). *A escola como expressão e resposta às exigências dos modelos de produção do capital*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR.

Costa, N. do R. (1985). *Lutas urbanas e controle sanitário*. Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco.

Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. (2007, 5 de dezembro). Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 22 de setembro de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010. (2010, 27 de janeiro). Dispõe sobre o Programa Mais Educação. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 15 de

fevereiro de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7083.htm

Dewey, J. (1959). *Democracia e educação: introdução à filosofia da educação*. (3a ed.). (G. Rangel, A. Teixeira Trans.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.

Fausto, B. (2003). *História do Brasil*. São Paulo: Edusp.

Fontenelle, J. P. (1925, janeiro/junho). Higiene mental e educação. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, I(1) 1-10.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Recuperado em 15 de agosto de 2014, de <http://www.funasa.gov.br/site/programa-de-aceleracao-do-crescimento-pac/>.

Gephe. (2000). Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higienismo e Eugenia. Recuperado em 11 de janeiro de 2013, de <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0329708ASC77ID>

Heller, A. (1985). *O Cotidiano e a História*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

IBGE. (1999). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Evolução e pesquisas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro. Recuperado em 10 de fevereiro de 2014, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf

IBGE. (2009). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Recuperado em 20 de junho de 2014, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_din.pdf

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil os Municípios Brasileiros 2009. Recuperado em 10 de fevereiro de 2014, de <http://ibge.gov.br/home>

IBGE. (2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil os Municípios Brasileiros 2012. Recuperado em 10 de fevereiro de 2014, de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64638.pdf>

IBGE. (2013). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Recuperado em 20 de janeiro de 2014, de <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=41>

Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, 13 de julho). Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: MEC.

- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.* (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Presidência da República.
- Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.* (1996, 20 de dezembro). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência da República.
- Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004.* (2004, 9 de janeiro). Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009.* (2009, 16 de junho). Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República
- Lei n.17.099, de 28 de março de 2012.* (2012, 28 de março). Instituiu através da Lei o “Agosto Azul”. Curitiba: Governo do Estado.
- Leontiev, A. N. *Actividad, conciencia y personalidad*. Buenos Aires: Ciencias Del Hombre, 1978.
- Libâneo, J. C. (1986). *Democratização da escola pública: pedagogia crítico-social dos conteúdos*. São Paulo: Loyola.
- Lima, G. Z. (1985). *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez.
- Lourenço Filho, M. B. (1978). *Introdução ao estudo da Escola Nova*. (13a ed.). São Paulo: Melhoramentos.
- Manifestos dos pioneiros da Educação Nova (1932) e dos educadores (1959).* (2010). Fernando de Azevedo... [et al.]. Fundação Joaquim Nabuco. (Coleção Educadores). Recife: Massangana.
- Mendonça, S. G. de L. (2011, setembro/dezembro). A crise de sentidos e significados na escola: a contribuição do olhar sociológico. *Cadernos Cedes*, 31(85), 341-357.
- Minayo, M. C. de S. (1996). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2008, Janeiro/Março). *Revista Brasileira Saúde da Família*, IX(17), 3.
- Moncorvo Filho, A. (1926). *Histórico da protecção à infância no Brasil - 1500 a 1922*. Rio de Janeiro: Departamento da Criança no Brasil.

- Moraes Neto, B. R. de. (2009, julho/setembro). Processo de trabalho e eficiência produtiva: Smith, Marx, Taylor e Lênin. *Estudos Econômicos*, 39(3) 651-671.
- Moura, J. B. V. S. (2007, abril/junho). Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História Ciências, Saúde*, 14(2), 489-501.
- Moysés, S. J., Moysés, S. T. & Krempel, M. C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 627-664.
- Nagle, J. (1976). Educação e sociedade na primeira república. São Paulo: E.P.U.
- Peixoto, A. (1930). *Higiene: higiene geral*, (Vol. I, 5a ed.) Livraria São Francisco: Rio de Janeiro.
- Portaria n. 399/gm de 22 de fevereiro de 2006.* (2006, 22 de fevereiro). Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de novembro de 2014, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Portaria n. 648/gm de 28 de março de 2006.* (2006, 28 de março). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de janeiro de 2014, de <http://dtr2001saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>
- Portaria n. 687 de 30 de março de 2006.* (2006, 30 de março). Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13 de fevereiro de 2014, de <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/1404/portarias>
- Portaria n. 692 de 25 de março de 1994.* (1994, 25 de março). Cria os códigos que regulmentam programas de agentes comunitários e saúde da família: PACS/PSF. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de janeiro de 2014, de sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog.../GM_P692_94prog_pacs_psf.doc
- Portaria Interministerial n. 1.010 de 8 de maio de 2006.* (2006, 8 de maio) Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da educação. Recuperado 15 de maio de 2014, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>
- Portaria Normativa Interministerial n. 17, de 24 de abril de 2007.* (2007, 24 de abril). Institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades sócio-educativas no

contraturno escolar. Brasília: Ministério da Educação. Recuperado em 15 de fevereiro de 2013, de http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Documentos/mais_educacao/port_17_120110.pdf.

Portaria Interministerial n. 1.413, de 10 de julho de 2013. (2013, 10 de julho). Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Recuperado em: 20 de outubro de 2014, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html

Resolução FNDE/CD n. 38, de 16 de julho de 2009. (2009, 16 de julho). Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Brasília: Ministério da educação e Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE. Recuperado em 23 de outubro de 2014, de <http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/3341-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-38-de-16-de-julho-de-2009>

Resolução FNDE/CD n. 67, de 28 de dezembro de 2009. (2009, 28 de dezembro). Altera o valor per capita para oferta da alimentação escolar do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Brasília: Ministério da educação e Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE. Recuperado em 23 de outubro de 2014, de <http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/3376-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-67-de-28-de-dezembro-de-2009>

Resolução RDC n. 119, de 19 de maio de 2003. (2003, 19 de maio). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Resolução SESA n. 0217/2011, 02 de setembro de 2011. (2011, 2 de setembro). Institui o programa estadual de análise de resíduos de agrotóxicos em alimentos. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde.

Riedel, G. (1925). Acta da sessão do conselho executivo realizada em 14 de fevereiro de 1925. Actas e trabalhos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, I(1) 209-221.

Rizzini, I. (1997). O século perdido: Raízes das políticas públicas para infância no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula.

Romanelli, O. de O. (1986). *História da educação no Brasil (1930/1973)*. (8a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Roxo, H. (1925, janeiro/junho). Hygiene mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, I(2) 1-9.

Saviani, D. (1991). *Escola e democracia*. (25a ed.). São Paulo: Cortez; Autores Associados.

- Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Recuperado em 10 de junho de 2014, de <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2767>.
- Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.
- Silva, L. de L. C. da. (1999). *A saúde escolar em Campo Grande/MS: seu discurso, suas promessas*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP.
- Silva, C. dos S. (2010). *Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Silva Junior, N. G. de S. & Garcia, R. M. (2010). Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, 10(2), 613-632. Recuperado em 15 de março de 2014, de <http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a19.pdf>.
- Souza. G. C. de A. & Costa. I. do C. C. (2010). O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 509-517.
- Spazziani, M. de L. (2001, dez.). A saúde na escola: da medicalização à perspectiva da psicologia histórico-cultural. *ETD – Educação Temática Digital*, 3 (1), 41-62.
- Teixeira, C. F. (2002). Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos Saúde Pública*, 18(Suplemento), 153-162.
- Trevisan, L. & Junqueira, L. P. (2010). Saúde pública no Brasil: rede social, pacto de gestão e o Programa Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011. *Economia Global e Gestão* [online], 15(3), 43-62.
- Tomanik, E. A. O olhar no espelho. “Conversas” sobre a pesquisa em Ciências Sociais. Maringá, PR: Eduem, 2004.
- Valadão, M. M. (2004). *Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Villardi, M. L. (2011). *A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar: um desafio social*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP.
- Viscardi, C. M. R. (2011, dezembro). Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. *História, Ciências, Saúde*, 18(supl.1), 179-197.

- Wadsworth, J. E. (1999). Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*, 19(37), 613-632.
- Wanderbroock Jr., D. (2007). *A educação sob medida: os testes psicológicos e o higienismo no Brasil (1914-1945)*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.
- Wissembach, M. C. C. (1998). Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. In: Sevcenko, N. (Org.). *História da vida privada no Brasil*. (pp. 49-130). São Paulo: Companhia das Letras.
- Zanella, L. S. (2014). *Pelos caminhos da proteção. Assistência à infância no período de 1883 a 1922*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.
- Zaniani, E. J. M. (2008). *Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

ANEXOS

Anexo A: Parecer do Comitê de Ética

Anexo B: Autorização dos prefeitos municipais



Município de Ivatuba

ESTADO DO PARANÁ

GABINETE DO PREFEITO

CNPJ: 76.285.337/0001-54

Rua Marechal Floriano, 797 - Centro - Ivatuba - PR - CEP: 87.130-000

Fone/Fax: (44) 3273.1161 - e-mail: pmivatuba@rapida.com.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O presente documento tem por finalidade autorizar a realização de entrevistas com profissionais de saúde e educação pertencentes ao Município de Ivatuba, para a pesquisa intitulada: "PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA", que tem como objetivo analisar a implementação do PSE, instituído pelo Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007.

O propósito desta pesquisa é obter dados para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Em face do exposto, eu, ROBSON RAMOS, Prefeito Municipal de Ivatuba, declaro para os devidos fins que fui esclarecido a respeito do propósito desta pesquisa, da qual autorizo a pesquisadora, pós-graduanda, Maria Eliza Spineli Dolce, da Universidade Estadual de Maringá, a realizar entrevistas com os profissionais do Município.

Para que se cumpram os efeitos legais assino esta autorização emitida em duas vias, de igual teor e forma.

Ivatuba (PR), 11 de março de 2014.

ROBSON RAMOS

PREFEITO MUNICIPAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORESTA

ESTADO DO PARANÁ

Av. Getúlio Vargas, 2420 - Fone/Fax: (44) 3236-1222
CEP 87.120-000 - CNPJ 76.282.706/0001-55 - Floresta - Paraná
Homepage <http://www.pmfloresta.com.br>
E-mail pmfloresta@irapida.com.br

AUTORIZAÇÃO

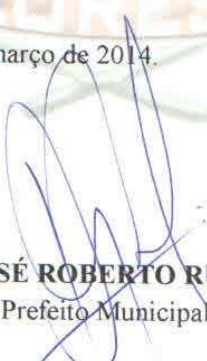
O presente documento tem por finalidade autorizar a realização de entrevistas com profissionais de saúde e educação pertencentes ao município para a pesquisa intitulada: Processo de Implementação do Programa Saúde na Escola que tem como objetivo Analisar a implementação do PSE instituído pelo Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007.

O Propósito desta pesquisa é obter dados para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Em face do exposto eu, JOSÉ ROBERTO RUIZ, Prefeito Municipal de Floresta – Paraná, declaro para os devidos fins que fui esclarecido a respeito do propósito desta pesquisa, da qual autorizei a pesquisadora, pós-graduanda Maria Eliza Spineli Dolce, da Universidade Estadual de Maringá, a realizar entrevistas com os profissionais do Município.

Para que se cumpra os efeitos legais assino esta autorização emitida em duas vias.

Floresta, 26 de março de 2014.


JOSÉ ROBERTO RUIZ
Prefeito Municipal

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando-o (a) para participar da pesquisa intitulada *Programa Saúde na Escola: o “novo” desafio da educação escolar*, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPI) da Universidade Estadual de Maringá, coordenada pela Prof.^a Dra. Maria Lucia Boarini e desenvolvida em parceria com a sua orientanda Maria Eliza Spineli. **O objetivo geral Analisar a implementação do Programa Saúde na Escola instituído pelo Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. O objetivo específico é Identificar o significado, a importância e a relevância social do PSE.** Destacamos que sua participação é muito importante e se dará, no caso da sua aceitação, respondendo a um roteiro de questões apresentadas pelo pesquisador. Adiantamos que qualquer opinião oferecida por você é importante e será considerada ainda que se constate a falta de domínio do tema apresentado. Esclarecemos, também, que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

As informações fornecidas e os resultados finais da pesquisa estarão à disposição na Secretaria do PPI, na Universidade Estadual de Maringá, localizado na Avenida Colombo, nº 5790, Bloco 10, em Maringá, Paraná Tel.: (44) 3011-3871, que poderá ser contatada em caso de dúvidas, assim como também o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) da UEM, localizado Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM- Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. Maringá, Paraná. Tel.: (44) 3261-4444.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos, de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____,

declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar
VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof.^a Dr^a Maria Lúcia Boarini

_____ DATA: ____/____/____.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, _____,

declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra
nominado.

_____ DATA: ____/____/____.

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador,
conforme o endereço abaixo:

Nome: Maria Eliza Spineli

E-mail: eliza_spineli@hotmail.com

Telefone: (44) 8805-3147

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida
com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos
da UEM, no endereço citado acima.

Anexo D: Legislação

ANO	LEGISLAÇÃO	OBJETIVO
1990	Lei nº 8.080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. (SUS)
1990	Lei nº 8.069.	Estatuto da criança e do adolescente.
1994	Portaria nº 692	Cria os códigos que regulamentam programas de agentes comunitários e saúde da família: PACS/PSF
1996	Lei nº 9.394	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
2003	Resolução RDC nº 119	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
2004	Lei nº 10.836	Cria o Programa Bolsa Família
2004	Decreto nº 5.209	Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família
2006	Portaria nº 399	Divulga o pacto pela saúde/ consolidação do SUS.
2006	Portaria nº 648/gm	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica
2006	Portaria nº 687	Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde
2006	Portaria Interministerial nº 1.010	Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.
2007	Mais Saúde Direito de Todos: 2008 - 2011	Lançado em dezembro de 2007, contempla 86 metas e 208 ações, distribuídas em oito eixos de intervenção.
2007	Portaria Normativa Interministerial nº- 17	Institui o Programa Mais Educação
2007	Decreto nº 6.286	Institui o Programa Saúde na Escola – PSE
2009	Lei nº 11.947	Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994.
2010	Decreto nº 7.083	Dispõe sobre o Programa Mais Educação.
2011	Resolução SESA nº 0217/2011	Institui o programa estadual de análise de resíduos de agrotóxicos em alimentos.
2011	Decreto nº 7.508	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990
2012	Lei nº 17.099	Institui o “Agosto azul”
2013	Portaria nº 1.413	Redefine as regras de adesão ao PSE

Anexo E: Ações

C R E C H E	Componente I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Promoção e avaliação da saúde bucal	Essencial
		Avaliação oftalmológica	Essencial
		Verificação da situação vacinal	Essencial
		Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição	Optativa
		Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção da cultura de paz e direitos humanos	Essencial
	Componente II	Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal.	Essencial
		Prevenção das violências e acidentes	Optativa
		Promoção da Saúde Mental no território escolar: Criação de grupos de famílias solidárias para controle troca de experiência, com mediação da creche/escola e/ou saúde	Optativa
		Fortificação com micronutrientes	*
P R É E S C O L A	Componente I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Avaliação da saúde bucal	Essencial
		Avaliação oftalmológica	Essencial
		Verificação da situação vacinal	Essencial
		Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição	Optativa
		Identificação de educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	Optativa
		Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção da cultura de paz e direitos humanos	Essencial
	Componente II	Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal.	Essencial
		Promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas	Optativa
		Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	Optativa
		Prevenção das violências e acidentes	Optativa
		Promoção da Saúde Mental no território escolar: Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da creche/escola e/ou saúde.	Optativa
E N S	Componente I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Avaliação da saúde bucal	Essencial
		Avaliação oftalmológica	Essencial
		Verificação da situação vacinal	Essencial

FUNDAÇÃO	Componente II	Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição	Optativa
		Identificação de educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	Optativa
		Identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação	Optativa
		Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção da cultura de paz e direitos humanos	Essencial
		Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Essencial
		Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/aids	Essencial
	Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas		Essencial
	Promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas		Optativa
	Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável		Optativa
	Prevenção das violências e acidentes		Optativa
	Promoção da Saúde Mental no território escolar: Criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo de adolescentes e jovens para administrar conflitos no ambiente escolar		Optativa
	Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/aids	Optativa	
Formação	Componente III	Capacitar os profissionais em vigilância alimentar e nutricional	Essencial
		Capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas de promoção de alimentação saudável	Essencial
		Capacitar os profissionais direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/aids	Essencial
		Capacitar os profissionais com as temáticas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	Essencial
		Capacitar os profissionais para prevenção das violências	Optativa
		Capacitar os profissionais sobre o desenvolvimento infantil	Optativa
		Capacitar os profissionais para desenvolverem ações de promoção da Saúde nas Escolas	Optativa
		Capacitar os profissionais para gestão intersetorial do PSE	Optativa
		Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação com micronutrientes na creche	*

* As ações FORTIFICAÇÃO COM MICRONUTRIENTES (Componente II – creche) e CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA E USO DA FORTIFICAÇÃO COM MICRONUTRIENTES NA CRECHE (Componente III) não estarão disponíveis para serem selecionadas. Ocorrerá uma adesão exclusiva posteriormente e capacitações apoiadas pela gestão federal iniciarão a partir do segundo semestre de 2013. (Brasil, 2013, p. 20)

Anexo F: Termo de Adesão

**MODELO DO TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL/DO DISTRITO
FEDERAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)**

Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal que firmam as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação do Município _____ ou Distrito Federal, representadas pelos (as) seus Secretários (as) de Saúde e Educação, para pactuar e formalizar as responsabilidades e metas inerentes à execução do Programa Saúde na Escola, nos territórios de responsabilidades, objetivando o desenvolvimento das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares, para recebimento de recursos financeiros e materiais.

O Município de _____ ou Distrito Federal, por intermédio da sua Secretaria de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº _____, e de Educação, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representado pelos seus Secretários de Saúde (nome), (estado civil), inscrito (a) no CPF sob o nº _____ e Secretário de Educação, (nome), (estado civil), inscrito (a) no CPF sob o nº -----, considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e 205, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o Decreto nº 7.508/2011, e considerando o que dispõe o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, celebram o presente Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal, formalizando as metas das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares da Educação Básica da Rede Pública de Ensino e a formação permanente de profissionais de saúde e educação, nos seus territórios de responsabilidades.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) tem por objetivo a conjugação de esforços visando à promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola, articulada de forma intersetorial entre as redes de saúde e de educação.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO

O valor total do incentivo financeiro e critérios de repasse serão baseados no estabelecido na Portaria Interministerial que redefine as regras e critérios para adesão e

recebimento de incentivo financeiro para custeio de ações no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

O prazo para realização das ações pactuadas no presente instrumento tem a vigência de 12 (doze) meses a contar da data de assinatura.

CLÁUSULA QUARTA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ESFERA MUNICIPAL / DO DISTRITO FEDERAL

As Secretarias Municipais de Educação e de Saúde do Município XXXXX ou do Distrito Federal comprometem-se a:

a) constituir Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal e do Distrito Federal (GTIM) responsável pela gestão do PSE no território.

O GTIM deve ser composto, minimamente, pelos Secretários da Saúde e da Educação, por representantes da Atenção Básica e da Educação Básica. Ressalta-se a importância de outros atores definidos a partir da análise situacional e identificação das vulnerabilidades locais;

b) promover a articulação do Programa Saúde na Escola (PSE) com os projetos político-pedagógicos das escolas envolvidas no programa;

c) definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para o cuidado dos escolares identificados com necessidades de saúde; e

d) encaminhar o presente Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) aos Conselhos Municipais de Saúde e de Educação, quando houver, e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu Estado, para homologação;

CLÁUSULA QUINTA - DAS AÇÕES E METAS PACTUADAS

O presente instrumento firma as seguintes ações e metas a serem contempladas no prazo de 12 (doze) meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) em XXX escolas com a participação de XXX equipes de atenção básica:

COMPONENTE	AÇÕES	Nº EDUCANDOS/ESCOLAS PACTUADAS
COMPONENTE I		
COMPONENTE II		

COMPONENTE III	Nº PROFISSIONAL DA SAÚDE	Nº PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO

Secretário Municipal de Saúde

Secretário de Saúde do Distrito Federal

Secretário Municipal de Educação

Secretário de educação do Distrito Federal

APÊNDICES

Apêndice – Entrevistas

Gestor ed. n.1

Pesquisador: De que forma o Programa Saúde na Escola chegou ao seu conhecimento?

Entrevistada: De que forma? Foi meio no susto!

Pesquisador: Quem que te assustou?

Entrevistada: Foi o pessoal da saúde, através da enfermeira do município, na época ela era a secretária de saúde e foi ela quem nos informou. Mas, até onde a gente entendia era de que a saúde iria fazer um trabalho.

Pesquisador: Você não teve conhecimento, de imediato, de que haviam componentes pactuados os quais a educação iria executar?

Entrevistada: Não, foi durante o processo de cadastramento.

Pesquisador: Você participou deste processo de cadastramento do município ou foi a saúde que realizou o termo de adesão?

Entrevistada: Não. Foi junto com a secretária de saúde.

Pesquisador: Como que as informações referentes ao programa chegaram junto às outras equipes de saúde e de educação. Você tem conhecimento de como o programa se propagou?

Entrevistada: Fomos nós que passamos para as escolas através de documentos, nós enviamos para que fizessem a leitura, conversamos um pouco sobre e, só.

Pesquisador: Qual foi o critério que você adotou para a escolha do técnico da educação para ser o responsável por inserir as informações no SIMEC?

Entrevistada: É a mesma técnica que cuida dos outros programas e está no departamento.

Pesquisador: As instruções e informações que você recebeu foram suficientes para a compreensão do programa?

Entrevistada: Na verdade, o manual tem muitas informações, mais você vai conduzindo de uma maneira... Como eu posso dizer para você? Vai conduzindo e vai tentando fazer, ele não é claro, você vai meio que adivinhando.

Pesquisador: Você precisou entrar em contato com alguma outra pessoa para entender o programa?

Entrevistada: Com certeza, nós precisamos. Teve uma pessoa que veio da saúde de Maringá dar uma “cobrada”: “Ah! Vocês não estão executando”, então eles tiveram que dar aquela “chamadinha.”

Pesquisador: Mesmo com a vinda desta pessoa da saúde, ficou mais claro para você, ou foi indiferente?

Entrevistada: Não, a gente não conseguia inserir dados nenhum. Porque tinha a parte da escola, a parte da saúde e a nossa parte, então nós não conseguíamos inserir os dados enquanto as outras não inserissem os dados. Mais o que acontecia! A saúde não conseguia inserir porque o programa não estava aberto, realmente. Eles falavam que estava aberto, mais não conseguiam inserir os dados.

Pesquisador: Então era um problema de sistema?

Entrevistada: Sim, um problema de sistema.

Pesquisador: Agora, você ainda tem dúvidas sobre o programa, ou já estão claras as informações e caso você ainda tenha dúvidas a quem você recorre?

Entrevistada: Nossa! Muitas dúvidas ainda. Porque eles fazem um levantamento e dizem que vão fazer encaminhamentos, por exemplo: acuidade visual...

Pesquisador: Quem faz este levantamento?

Entrevistada: A saúde. Eles fazem a acuidade visual e a partir deste levantamento eles vão encaminhar os alunos para os médicos: “otorrino”, “oftalmo” e a gente não sabe se esses alunos estão sendo encaminhados.

Pesquisador: Você não tem uma devolutiva?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Na sua opinião com o PSE as relação intersectorial entre saúde e educação se intensificou?

Entrevistada: Sim, de alguma forma aconteceu.

Pesquisador: Como você prevê o andamento deste programa, você vê como algo permanente ou será algo passageiro?

Entrevistada: Olha, eu acho assim, vem a cobrança muito em cima da hora. Ah! Tem que fazer tal ação e de repente já acaba aquela ação, só coloca os dados, é para, vamos dizer assim, “é para inglês ver”. Não acredito que vai dar grandes resultados não.

Pesquisador: Defina saúde escolar?

Entrevistada: É a criança estar bem, psicológica e fisicamente, a saúde mental e a saúde física. É ela conseguir adquirir a aprendizagem na escola, que esse é o papel da escola. A escola está sendo assim, alvo de tudo, todo mundo quer fazer alguma ação na escola. É a família que deixa para a escola, aí é a saúde que vem fazer ação na escola, é a assistência social através do bolsa família, tudo é na escola! Então eu acho que está ficando tudo para a escola e a escola está deixando o seu papel que é o de ensinar.

Pesquisador: Você conhece as ações de saúde do município e o programa saúde na escola é executado pelos ACS, são eles que vão às escolas, juntamente com as equipes para a realização das ações. Sabendo do trabalho em saúde que já é oferecido pelo município, você considera necessário este atendimento na escola, em saúde?

Entrevistada: É a única maneira que todos têm de atingir estas crianças.

Pesquisador: Quais foram os benefícios que o programa trouxe para a escola. Você percebe se houve benefícios?

Entrevistada: Eu acho que as ações que já foram feitas ainda não deram o resultado esperado.

Pesquisador: E qual é o resultado que você espera do PSE?

Entrevistada: Que todas as crianças sejam atendidas em tempo oportuno e não ficar demorando um ano, meses em fila de espera para serem atendidas em alguns casos.

Pesquisador: Como você já me disse, você não tem conhecimento se essas crianças são encaminhadas para atendimento?

Entrevistada: Não! Eu acredito devam ser encaminhadas, mais ainda tem as suas falhas, vamos dizer assim.

Pesquisador: Se fosse você que tivesse decidido pelo programa, você teria feito a adesão?

Entrevistada: (Pensa por alguns segundos) Eu acho assim, tudo que vem para contribuir a gente deve fazer sim, mais é como eu disse anteriormente, a escola está sendo, com se diz, o alvo para tudo, tudo é na escola. Todos os setores trazendo a responsabilidade pra escola.

Pesquisador: Você teve a oportunidade de ir até a escola e conversar com os professores sobre o programa?

Entrevistada: Na verdade, o programa foi assim, as ações foram feitas, foi feita a “semana de saúde na escola”, o que deu mais ênfase ao programa. Foi bom pelo que a professora que aplicou relatou, foi muito bom aquele momento. Mas eu acho que ainda é pouco para gente ter uma avaliação.

Pesquisador: Este professor que aplicou as ações, conseguiu atingir todos os alunos?

Entrevistada: Sim, ela passou por todas as turmas.

Pesquisador: Então você teve um professor específico para este trabalho?

Entrevistada: Sim, nós indicamos uma professora que é de educação física, ela tem que trabalhar esta parte do corpo, então a gente fez este trabalho juntamente com ela. E ela abraçou a causa, porque foi assim de última hora.

Pesquisador: É esta professora que eu vou entrevistar?

Entrevistada: É ela sim.

Pesquisador: A inserção médica dentro das escolas, você acha que é necessária?

Entrevistada: No Brasil que a gente tem hoje, sim. Penso que sim, vai ajudar, mais como eu falei anteriormente, tudo é na escola.

Pesquisador: Isto prejudica a aprendizagem?

Entrevistada: Não que prejudica, mais acaba tirando o foco do professor, acaba mudando um pouco o dia a dia. Nós já ficamos pouco em sala de aula com os alunos e aí mais um projeto, mais um projeto.

Pesquisador: Para encerrar, você consegue elencar os pontos positivos que você viu no programa e os pontos negativos também, deste processo, desde o início até o momento presente?

Entrevistada: Bom, o ponto positivo que a gente vê é esse trabalho em rede entre saúde e educação, a assistência social e outros departamentos. Nós ficamos mais próximos, nós temos os mesmos problemas. Problemas que estão na saúde e estão nas escolas. Os negativos é que tudo é muito escuro, sabe é obscuro, nós temos meio que assim, cumprir, temos que cumprir. Como eu posso dizer para você, temos que cumprir uma meta que não é nossa, que vem de fora e a gente tem que fazer isto.

Pesquisador: E isto traz desconforto?

Entrevistada: Traz! Traz porque a gente quer fazer tudo muito bem, né. A gente quer fazer tudo muito bem, direitinho, quer que todos ganhem, de uma certa forma que todos os professores fiquem sabendo pelo menos do que está acontecendo e acaba não nos dando este tempo.

Pesquisador: Vocês aderiram para o próximo ano ao programa?

Entrevistada: Sim, até porque vem um recurso, até agora, hummm

Pesquisador: Este recurso, ele vem para a saúde ou para a educação?

Entrevistada: Maria Eliza, você sabe que eu não sei, eu ainda não descobri para quem que vem este recurso. Para a odontologia veio um recurso sim e eles estão até comprando, então veio para a saúde, né?

Pesquisador: Este recurso para a odontologia é via PSE?

Entrevistada: Eu acho que é. Pelo que eu entendi... então, é assim, é muito obscuro o programa, não é claro ainda. Você tem que ler muito nas entrelinhas para você entender, acho que são dois mil e poucos reais.

Pesquisador: Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Muito obrigada!

Gestor sd. n.1

Entrevistada: De que forma chegou ao seu conhecimento o Programa Saúde na Escola?

Pesquisador: Quando eu assumi a secretaria em setembro do ano passado (2013), o município já tinha feito a adesão ao programa. Eu fiquei sabendo, quando eu fui me informar de quantos programas o município participava, me informaram que tinha sido feito a adesão ao PSE em 2013.

Pesquisador: Quando você assumiu quem era a técnica responsável pelo programa?

Entrevistada: É a mesma que está atualmente. Ela sempre foi a coordenadora, é ela que sempre foi atrás de tudo.

Pesquisador: As instruções que você recebeu sobre o programa foram suficientes para lhe esclarecer sobre o mesmo?

Entrevistada: Olha, para falar a verdade, as informações que tive foram porque eu fui atrás e pesquisei. Baixei documentos do site do Ministério da Saúde. Com exceção da técnica, que me informou, eu não obtive mais informações.

Pesquisador: Você acompanha o programa?

Entrevistada: Na medida do possível eu sempre troco informações com a técnica, pois sempre vem da regional os alertas “olha, tem um prazo limite para alimentar o sistema”, então a gente sempre acaba trocando informações, em que pé anda a situação.

Pesquisador: Você tem conhecimento, mais quem executa é a técnica?

Entrevistada: É! Tudo quem faz é a técnica e sempre me informa quando vão às escolas fazer as ações.

Pesquisador: Você encontrou dificuldades com o programa?

Entrevistada: Olha, eu, particularmente, não. Eu vejo que, às vezes, a técnica tem um probleminha ali, com o sistema, uma dificuldade de lançar as informações, no mais eu acho que não está tendo problema não.

Pesquisador: Um dos objetivos do programa é estimular a intersetorialidade entre saúde educação. Você percebe se isto ocorreu?

Entrevistada: Olha, do jeito que deveria ser, não. Porque a gente acaba, às vezes, não sentando saúde com a educação para planejar as ações, cada um acaba fazendo a sua parte e passando a bola para o outro fazer a dele. Por conta deste programa eu sinto que não existe a intersetorialidade como deveria existir.

Pesquisador: Como vocês repassaram as informações do programa para a educação?

Entrevistada: Olha, para falar a verdade, eu não sei, porque quando eu entrei já estava em andamento, então eu não sei responder. Eu sei assim, depois que as meninas fazem as ações nas escolas, elas sempre fazem um relatório bem informal. Mas, tem este “feedback” “ah, a gente tem muita criança obesa, criança assim, criança assim...” Informalmente acaba existindo essa conversa.

Pesquisador: O Programa Saúde na Escola interfere de alguma forma na sua função?

Entrevistada: Não. Eu acho que acaba facilitando porque é um achado a mais. A palavra não é correta, mais nos força, nos obriga a acaba procurando a educação, procurando atividades que podem nos gerar orientações para promoção e prevenção.

Pesquisador: Na sua visão, quais os benefícios que o programa trouxe para a saúde e para a educação?

Entrevistada: Eu acho, justamente, isso a gente procurar o problema. Porque enquanto as crianças estão lá, bem “sossegadinhas” na escola e a gente não está indo atrás de saber como está a alimentação, se tem alguma dificuldade visual, então eu acho que o programa traz é isso, nos “força”, não é esta a palavra, a procurar o problema para tentar acabar com ele antes que aumente.

Pesquisador: O atendimento que o município já faz através do Programa Saúde da Família, não é o suficiente para alcançar toda esta população?

Entrevistada: Às vezes não alcança, deveria alcançar, mais, às vezes, a gente não consegue. Por exemplo: a criança fica o dia todo na creche, a família fica o dia todo trabalhando, então, às vezes, o programa (PSF) não consegue chegar nessas famílias. Então, a gente tem sim uma perda aí do PSF nesses casos, de pais que trabalham. A ACS vai na casa e não encontra e a gente acaba conseguindo contato com a família justamente nas campanhas. Campanha de vacinação em que a família vem procurar ou através do Programa Bolsa Família em que a família tem que vir para pesar e para dar as condicionalidades de saúde. O Programa Saúde na Escola é uma oportunidade, também, que a gente tem de encontrar essas famílias, que a gente acaba não conseguindo assistir pelo PSF.

Pesquisador: Programas desta natureza contribuem para a melhoria do atendimento da saúde infantil?

Entrevistada: Eu acredito que sim, porque como eu falei, a gente acaba indo buscar o problema e, às vezes, a família não nota que a criança tem uma dificuldade visual, acha que a alimentação dela está correta, não vê que ela está acima do peso e nesses casos a gente acaba melhorando a saúde, aumentando a prevenção e promoção da saúde que é o objetivo da atenção básica.

Pesquisador: Para encerrar, como você define saúde escolar?

Entrevistada: Nossa, que difícil. Definir saúde escolar? (silêncio). Olha, eu acho que a saúde escolar, a saúde da criança, na verdade é fundamental para o desenvolvimento escolar dela. Se ela tiver bem com ela mesma, enxergando de forma correta, ouvindo de forma correta, se alimentando de forma correta, o raciocínio dela vai ser melhor, então, a saúde em si influencia muito na vida escolar da criança. A gente percebe isso que as crianças que são melhores de saúde acabam tendo um rendimento escolar melhor.

Pesquisador: Como você mencionou, quando você assumiu seu cargo o PSE já estava em andamento. Mais hoje, como você percebe a aceitação da educação em relação ao programa?

Entrevistada: Olha, vendo de fora e não acompanhando frente a frente, eu vejo assim um pouco...”ah, isso é problema da saúde!”. Eu sinto um pouco de receio, assim, nessa parte, mais é tudo uma questão de conversar e de colocar os pingos nos “is”. As pessoas não conhecem tanto o programa e então é por isso que acabam, por se tratar problema

da saúde, acha que é uma responsabilidade da saúde. Mas, eu acredito que isto já melhorou bastante do ano passado para cá, que já dá para ver que começamos a sentar e conversar. Inclusive a gente está, não é do Programa Saúde na Escola em específico mas, a gente está tentando fazer uma reunião de intersetorialidade e já começo este mês, inclusive, reunindo saúde , educação, assistência social, todos os meses para tentar sentar e discutir os problemas. Porque a criança que é problema na escola é a mesma criança que, às vezes, é problema para mim na saúde, é problema para a assistência social é a mesma família e eu acho que é muito importante este trabalho integrado. Então, a gente tem caminhado para isto, tem caminhado para esta intersetorialidade, mas, como tem que ser mesmo e não só um jogar a bola para o outro.

Pesquisador: Muito obrigada!

Gestor ed. n.2

Pesquisador: Como está o Programa Saúde da escola no seu município? Você tem conhecimento deste programa?

Entrevistada: Tenho conhecimento e já tem algumas ações que foram desenvolvidas. A gente tem uma dentista junto com uma equipe, ela tem uma equipe, e juntos eles fizeram um trabalho: primeiro uma observação geral na dentição das crianças, num segundo momento teve uma palestra com os pais na qual foi trabalhado o motivo de estar trabalhando esta questão da saúde bucal na escola com orientação para os pais. E achei muito válido, porque muitos pais falaram “mais que bom, por que vocês não fizeram isto antes?”. Ela também explicou tudo sobre a questão da chupeta, da mamadeira, ela explicou sobre a conservação deste dente para o futuro desta criança.

Pesquisador: Quem fez esta exposição?

Entrevistada: Quem fez esta exposição foi a dentista responsável pelo programa. Que é a Márcia.

Pesquisador: Aqui em seu município a responsável pelo programa é uma dentista?

Entrevistada: É uma dentista. Nós temos uma dentista, a qual também ela foi para o CESUMAR, agora esses dias, e fez uma palestra. Desta palestra foi bastante, assim,

significativo pra nós também, porque ela veio, Maria Eliza e trouxe assim o que eu queria, uma forma legal de trabalhar com o berçário. Uma das professoras que estava na palestra no CESUMAR, foi professora dela e desenvolve este trabalho em Maringá. E ela (a dentista) vai fazer um estágio com esta professora para depois vir em agosto e já vai começar aqui no berçário. Que a criança deve ser atendida num colchonete, deitada, sabe, bem confortável, com brincadeiras, para elas estarem assim, facilitando o trabalho e deixando que a dentista observe bem.

Pesquisador: Como que as informações sobre o programa chegaram até você? Quem fez esta ponte entre você e o Programa Saúde na Escola?

Entrevistada: Foi a secretária da saúde. Ela veio a gente marcou data e aqui também nós cedemos as salas para fazer o exame que elas falaram, o exame da boca. Ela veio e fez em todas as crianças.

Pesquisador: As instruções que você recebeu sobre o programa foram suficientes, foram esclarecedoras para você de início?

Entrevistada: No início até a gente ficou assim, nossa mais a gente tem dentista escolar, pra que isso né? Mais depois a gente já foi, assim, vendo um trabalho diferenciado quanto a esta questão, ver mais de perto a criança. Fizeram também teatro que foi trabalhado com as ACS que fizeram curso e fizeram teatro com as crianças. Distribuíram manual para trabalhar, para as crianças fazerem em casa. Foi muito legal.

Pesquisador: Um dos grandes objetivos do programa saúde na escola é estabelecer a intersectorialidade entre saúde e educação. Você percebe ou você sente que isto realmente acontece, se estabelece esta intersectorialidade entre saúde e educação através do programa saúde na escola?

Entrevistada: Eu acho que precisava ter mais comunicação ainda. Deveriam participar mais das nossas reuniões, participar falando com o professor. Eu acho que deveria começar por aí, não só diretamente com as crianças, mais também em reuniões dos professores, estarem orientando como fazer, como trabalhar com esta criança. Na minha opinião, eu acho que essa escovação deveria ser um trabalho assíduo do professor falar, observar, pedir pra criança contar como ela fez, como que deve ser feito. Esses cuidados.

Pesquisador: Além da escovação que você cita, você tem conhecimento de outras ações que a secretaria de saúde pactuou com o Ministério da Saúde, neste programa?

Entrevistada: O flúor, doação de escova.

Pesquisador: O que você entende por Saúde Escolar?

Entrevistada: Eu acho que a saúde escolar não seria só da boca como a gente está tendo. Deveria ser assim, olha, na minha opinião como secretária deveria começar pela saúde psicológica.

Pesquisador: Da criança?

Entrevistada: Da criança. Ter um trabalho em torno disso. Nós temos também, é lógico, a nutricionista, que tem a pesagem, a medição o acompanhamento que também faz parte, mais eu acho que também deveria ter assim, maior entrosamento dessa forma.

Pesquisador: Você acha que deveria ser um atendimento mais amplo?

Entrevistada: Mais amplo, eu acho assim, a higiene, os cuidados com o corpo. Porque é assim, o professor fala na sala, tudo bem. Mais quando você tem uma pessoa de fora que vem falar. Vou citar o exemplo: amanhã, nós estamos com o projeto “A União faz a Vida⁵¹” e amanhã a gente tem o agrônomo que vem falar com as crianças. Quando eu fui falar, hoje, que amanhã nós vamos ter a visita do agrônomo, a gente percebeu assim, neles, um olhar diferente, de curiosidade, de expectativa. “Vai vir falar aqui com a gente!”, então você sabe, “Santo de casa não faz milagre, vindo de fora a coisa muda”. Então, eu até estava questionando, assim, comigo mesma, sem ter muito com quem conversar, falar o que é essa saúde na escola. Saúde na escola deveria ser um campo mais abrangente.

Pesquisador: Você acha importante a participação médica nas escolas?

Entrevistada: Eu acho! A gente deveria ter, principalmente com as crianças pequenas. Não vim e falar “Ah você tá assim...”, não, mais ter assim um acompanhamento, uma ficha, olha vai vir, vai passar pela escola. Você sabe, né, não pode estar deixando muito do pedagógico, da função da educação, mesmo que é a especialidade nossa. E a gente

⁵¹ Programa desenvolvido pela Fundação SICREDI (Sistema de Crédito Cooperativo) cujo objetivo é construir e vivenciar atitudes e valores de cooperação e cidadania, por meio de práticas de educação cooperativa, contribuindo para a educação integral de crianças e adolescentes, em âmbito nacional.

fala assim, a saúde a mãe leva no posto e tudo mais. Mais quando parte da escola, vir um médico falar com os pais, sabe? Conversar, a gente até tem trazido, mais fora do programa. Entendeu?

Pesquisador: São ações de iniciativa própria da secretaria de educação?

Entrevistada: Da educação! Por exemplo vem falar sobre a gripe, né! Ele falou... o médico “Ah! Eu não sou acostumado a falar”, muito assim simples, mais quando ele abriu a boca: “imagina se você não tivesse problema de timidez o que seria?” Ele começou a falar e não parava mais. É uma pessoa que tem o título o conhecimento e isto é muito bom.

Pesquisador: Para você, enquanto secretária de educação, o Programa Saúde na Escola, alterou alguma coisa para você? Refletiu na sua função?

Entrevistada: Eu acho que sim. Porque a gente começa a pensar melhor, devido aos problemas de saúde que está tendo hoje, devido o meio ambiente, ao clima, tipos de alimentos que a gente come, a influência da propaganda, tudo isso né! Eu acho que, na escola é o melhor lugar para se trabalhar com a conscientização.

Pesquisador: Então, para você, na sua avaliação o Programa trouxe benefícios?

Entrevistada: Eu acho que sim... Partindo disto, sabe Maria Eliza, com este nosso compromisso com “A União Faz a Vida”, já veio a água, já vão estar discutindo os problemas da água, a utilização da água, a questão dos benefícios que a água faz para o organismo sendo uma água saudável. Outra sala já pegou o problema dos hábitos saudáveis na saúde. Eu tenho um terceiro ano que fez um projeto e vai executar hábitos saudáveis na vida. Então, amanhã, as crianças vão fazer um “picnic” só com alimentos saudáveis. Então se a gente tivesse mais esta colaboração do médico... nós vamos trazer, mas por iniciativa nossa, um médico para falar sobre os alimentos saudáveis. O meu neto chegou em casa e falou “amanhã nada de chips, amanhã tem que ter frutas... Mãe o que eu posso levar? Maçã, tem mexerica.” Sabe, então eles mesmos já estão escolhendo e “não pode levar também refrigerante no “picnic”, tem que ser suco”. Quando a escola trabalha isto fica mais forte para a criança.

Pesquisador: A escola tem trabalhado estes conteúdos através do professor. E como você percebe a atuação do professor, do seu ponto de vista enquanto gestora? Como o professor tem recebido o programa?

Entrevistada: Porque o nosso aqui “casou”, né! Com este outro programa, o projeto A União faz a Vida e eles tem, assim, recebido muito bem. Aqui a escola tem por hábito, Maria Eliza, trabalhar com projetos e a gente vê que com projetos os professores tem mais argumentação, tem mais critério e ele também tem, mais estratégias para trabalhar. No caso as nossas crianças, elas vão para Água Boa visitar a água mineral, lá vai ter um técnico explicando a importância daquela água, porque a água mineral ali. Mais para eles entenderem melhor esta questão e tudo isto passa pela via do professor. Então eles estão envolvidos, pois aqui já tem por hábito isto.

Pesquisador: Você sabe que quando é feita a adesão ao PSE são destinados profissionais técnicos de cada setor, saúde e educação, que irão alimentar um sistema de banco de dados, com informações referentes a execução das ações. Qual foi o critério que você adotou para escolher o responsável técnico da educação?

Entrevistada: Olha, como a gente tem a (Nome) que já é a técnica da Educação ela ficou responsável por isto também, por mais um programa. Até a gente fala “mais um programa pra ela né!” Ficou ela porque é ela que manuseia tudo.

Pesquisador: Então para encerrar, na sua opinião, você vê benefícios do programa para a comunidade escolar e para a comunidade como um todo (fora da escola)?

Entrevistada: Eu vejo assim um benefício muito grande, porque as crianças comentam em casa e, quando escola comentam, você pode ver a questão da alimentação, né. Os outros da família todos envolvidos. Então eu acho assim, ser cidadão não é só Brasil, Brasil, Brasil, passa primeira coisa pela saúde, né!

Pesquisador: Na sua opinião a saúde seria mais importante do que a educação?

Entrevistada: Olha, eu acho que para você desenvolver a educação, para você ter bons hábitos, pra você poder pensar você tem que estar saudável. Agora eu coloco as duas no mesmo peso. Eu acho que sem saúde não há educação e sem educação não há saúde.

Pesquisador: Obrigada!

Gestor sd. n.2

Pesquisador: De que forma chegou ao seu conhecimento, enquanto gestora, o Programa saúde na Escola?

Entrevistada: Na CIB⁵², uma informação que a gente recebeu numa CIB regional. A 15ª repassou para os gestores.

Pesquisador: Como as informações sobre o PSE chegaram aos outros integrantes da saúde e da educação?

Entrevistada: Na verdade, assim, eu andei dando uma lida sobre o que era o programa e vi que precisava escolher um técnico para ser o gestor, um coordenador das ações do programa. Aí eu peguei o profissional que atende tanto aqui na secretaria quanto na atenção básica e pedi para fazer uma reunião com a equipe de atenção básica e essa coordenadora.

Pesquisador: Esta coordenadora é responsável pelo preenchimento das ações no sistema.

Entrevistada: Sim, no e-SUS.

Pesquisador: Na saúde é realizado o preenchimento das ações no sistema e-SUS, na educação é através do SIMEC?

Entrevistada: Mais eu acho que aqui, ainda não foi preenchido o nosso aqui, a parte do SIMEC. O e-SUS estava tudo Ok, mais a parte do SIMEC, não.

Pesquisador: O SIMEC é a parte da educação?

Entrevistada: É! Também foi feito reunião. Nós fizemos uma reunião, daí a gente convocou alguns elementos, depois dessa nossa primeira reunião que foi feita com a equipe, a gente decidiu fazer uma reunião com a equipe da escola. Foi convocado o responsável pela creche, o responsável pelo maternal, responsável pela escola, acho que a diretora, o braço direito da diretora, “Nome”, alguns atores. Essa segunda reunião já foi com toda a equipe de atenção básica e uma equipe bem completa da educação.

Pesquisador: As instruções (orientações) que o município recebeu sobre o PSE foram claras, foram suficientes para a implantação do programa?

⁵² CIB Regionais (Comissões Intergestores Bipartide)

Entrevistada: Eu acho que sim.

Pesquisador: Neste caso quem repassa essas informações para o município é a 15ª regional de saúde?

Entrevistada: Isso.

Pesquisador: O PSE está em vigor no município?

Entrevistada: Já.

Pesquisador: Enquanto equipe de saúde quais as dificuldades encontradas para a implementação do programa?

Entrevistada: Brecha para conseguir invadir o espaço da educação.

Pesquisador: A que você atribui esta resistência da educação.

Entrevistada: Então, eles tem uma questão pedagógica muito forte. Eu não sei se a gente não conseguiu engajar a questão do PSE.

Pesquisador: Um dos objetivos do PSE é estabelecer a intersetorialidade, na sua opinião isto ocorreu?

Entrevistada: Não. Mesmo quando foi para a questão da alimentação do SIMEC, que nós chegamos a dar um pulinho na escola, conversar e tal. A informação que a gente teve foi assim “ai nós temos muita coisa para fazer, nós não temos tempo de alimentar mais este programa”.

Pesquisador: Você entende que para a educação é algo a mais?

Entrevistada: É. Não soma. É, soma esforços, acho que serviços, mais não agrega. Acho que neste quesito não é uma coisa que agrega.

Pesquisador: De que forma você vê a inserção da saúde dentro da escola. Como que você encara isto do ponto de vista social?

Entrevistada: Eu acho que é a saída. (risos)

Pesquisador: Para você é importante?

Entrevistada: Muito, muito. Porque é assim, a gente só consegue atingir os pais através das crianças. Dificilmente se eu fizesse... Por exemplo a dengue: a gente faz um trabalho de conscientização da dengue há anos, não é de agora este problema da dengue. A gente coloca carro de som, os agentes que passam nas casas, a gente distribui panfletos, a gente faz arrastão, a gente se utiliza de todos os meios que dá, televisão.. A melhor forma da gente conseguir atingir a população é se a gente conseguir trabalhar com as crianças. Porque as crianças chegam em casa e cobram dos pais.

Pesquisador: Quais as ações do programa que foram pactuadas?

Entrevistada: Agora eu não vou lembrar de cabeça. Eu teria que entrar para ver o termo. Acho que nós pactuamos só o básico, o obrigatório. Como era o início, a gente falou assim, não vamos pactuar o que a gente não sabe como vai ser. Então vamos pactuar só o que é obrigatório.

Pesquisador: De quantas escolas foram feitas a adesão?

Entrevistada: Fizemos a adesão de todas as escolas.

Pesquisador: Todas as escolas da rede municipal e estadual também?

Entrevistada: Municipal, estadual e privada. Inclusive na rede privada a aceitação foi fantástica. A gente tem o (Nome), eles fizeram uma abertura pra gente explicar para os pais, do que seria o programa, como seria o programa, então foi uma coisa assim, a aceitação foi completamente diferente da rede pública.

Pesquisador: E como reagiram as escolas estaduais?

Entrevistada: Nós tivemos assim, aceitação mais também não uma adesão. A estadual por ser um público de pré-adolescentes para frente, a gente conseguiu trabalhar um pouco melhor.

Pesquisador: E quanto as equipes que executam o programa, no caso os ACS, eles aceitaram trabalhar com o programa? Aceitaram bem ou para eles também é um trabalho a mais?

Entrevistada: Eles sempre encaram como um a mais, mais eles são muito dispostos. Você tem que fazer aquela triagem de todos os alunos, acuidade visual, estado nutricional e eles participaram de todas essas ações.

Pesquisador: Pela via do posto de saúde esta comunidade escolar já não é atendida?

Entrevistada: Na integralidade não.

Pesquisador: Eles não vem ao posto de saúde?

Entrevistada: Cem por cento não.

Pesquisador: E o trabalho de visita dos ACS nas casas?

Entrevistada: Aí é praticamente cem por cento. Só que na visita o ACS não faz o teste de acuidade visual, ele não pesa. Ele sempre pergunta para a mãe, mais a gente tem uma realidade, também, de moradores que trabalham fora. Então, às vezes, o tempo... o morador recebe o ACS no portão. Esta questão de classe social também interfere na visita. O pessoal de classe econômica um pouco mais baixa recebem melhor, normalmente eles tem mais tempo, então o vínculo do ACS com essa família é bem diferente do que o vínculo de um ACS com uma família de poder aquisitivo maior.

Pesquisador: Na sua opinião não há um alcance total da família, via atendimento dos ACS como nós já temos?

Entrevistada: No público escolar nós temos crianças que não são daqui do município, que estudam aqui, essas crianças a gente não conseguiria atingir. A gente também tira por base assim, quando são “pequeninhos” conseguimos pegar praticamente cem por cento, porque tem a questão, vacina, pediatra. Conforme eles vão crescendo eles parecem que vão evadindo um pouco mais da unidade básica de saúde, então fica um pouquinho mais difícil de você conseguir pegar, daí só na visita. Mais na visita é aquilo que eu já te falei, não vai ser uma coisa precisa. O ACS na visita ele pergunta se as condições de saúde da família estão bem, mais na visita dificilmente ele pega a família toda em casa e ele não consegue fazer toda essa triagem.

Pesquisador: Enquanto equipe de saúde, quando vocês tem dificuldades em relação ao programa a quem vocês recorrem?

Entrevistada: A 15^a.

Pesquisador: E você tem todo o esclarecimento de que precisam?

Entrevistada: Não, não.

Pesquisador: Como você percebe esta relação, enquanto troca em uma relação de intersetorialidade?

Entrevistada: É. Até na hora da gente descobrir esta questão de como entrar no SIMEC. Porque é assim, como a técnica da educação disse que não tinha como “jogar” estas informações e a gente estava preocupado, porque envolve recursos, a gente queria trabalhar, montar cartilha para poder trabalhar o programa melhor. Então a gente começou a ligar para “Deus e o mundo” da regional para ver se eles sabiam dessa parte do SIMEC, como que entrava, onde que ia, o que tinha que alimentar, como que era e como que não era. E, eles também não tinham essa informação, eles também não sabiam, da parte da saúde a 15ª até sabia, mais da parte da educação a informação que eles tinham também era bem vaga.

Pesquisador: Então você percebeu que para a educação ficou um pouco mais difícil?

Entrevistada: Ficou um pouco mais difícil. Eu não sei se a educação, ela tem esta referência, porque eu acho que, assim, a equipe da 15ª está bem preparada para dar informação para o pessoal da saúde, mais na hora em que muda para a educação, eles deixam um pouco a desejar.

Pesquisador: Na sua função o PSE apresentou alguma interferência, alterou alguma coisa em sua função?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Na sua opinião quais os benefícios que o programa traz para a escola?

Entrevistada: Então, eu acho assim, a questão de saúde bucal, eu acho que é imprescindível, é fantástico e é isso que eu te falei, levar informação para os “pequeninhos” de maneira que eles repassem aos pais. Então seria um elo da saúde com a comunidade, eu vejo dessa forma.

Pesquisador: O que você diria desta dificuldade de estabelecer relação entre a saúde e a educação no que se refere ao PSE?

Entrevistada: A saúde está bem esclarecida sobre o que é o programa, quais os benefícios, como o programa tem que ser desenvolvido. Mais eu acho que faltou informação para o pessoal da educação.

Pesquisador: E de quem seria esta responsabilidade de esclarecer a educação?

Entrevistada: A 15ª até ofereceu uma oficina no começo de junho e era para ir um técnico da saúde e um técnico da educação. Quando a gente ligou para saber quem que era o técnico da educação que iria, pois quando chega o ofício a gente já repassa, quando a gente ligou para saber a gente foi surpreendido assim, “ah, eu não tenho professor, eu estou com falta de professor, eu estou tendo que entrar na sala de aula, a (Nome) está tendo que me cobrir e eu não posso tirar um profissional, agora, para participar de capacitação nenhuma”. Então, eu não sei se seria isto mesmo, a falta de enxergar a importância do programa, essa é a dificuldade. É falta de informação mesmo, a educação ainda não conseguiu ter esse olhar sobre o programa.

Pesquisador: Para encerrar como você definiria saúde escolar?

Entrevistada: É tudo! Saúde bucal, saúde mental, saúde física. Se a criança tiver com algum problema de saúde física ou mental vai atrapalhar na concentração, no aprendizado. Então eu acho que só uma criança sadia vai conseguir aproveitar cem por cento do que está sendo ensinado.

Pesquisador: Vocês enquanto saúde, veem de uma forma positiva a saúde na escola?

Entrevistada: É! Na minha equipe de atenção básica, estou agora com uma enfermeira no PSF, ela gosta muito de fazer teatrinho de ter este tipo de contato com as crianças. E, eu também acredito que a maneira mais fácil de se conseguir atingir os adultos, com certeza, é usando as crianças. É uma estratégia que eu tentei usar para a dengue, até mandamos fazer uma cartilha para poder trabalhar com eles e também estamos com as outras cartilhas em fase de produção para trabalhar os temas do Programa Saúde na Escola

Pesquisador: Para você o programa é válido?

Entrevistada: É válido! É muito trabalhoso, não deixa de ser trabalhoso. Se a equipe de saúde for fazer tudo o que é proposto, sob o olhar da 15ª, no olhar do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde de Estado, a gente vai ter falta de RH (recursos humanos) para poder dar conta de tudo. Só que nos programas que envolvem a escola eu acho que a gente tem que dar uma atenção especial. Eu acho que o futuro é por aí.

Pesquisador: Muito obrigada!

Professor n.1 (Ed. Física)

Pesquisador: De que forma o Programa Saúde na Escola chegou ao seu conhecimento?

Entrevistada: Através da supervisora que recebeu da secretaria de saúde para que eu trabalhasse na escola e, como eu sou a professora de educação física e como eu já trabalho esta parte das atividades físicas com eles e na parte teórica também, me foi passado para trabalhar a teoria e depois a prática.

Pesquisador: Então o critério adotado para você ser o professor que vai trabalhar o programa é por você ser professora de educação física?

Entrevistada: É o que foi comentado, “já que você está nessa área” e depois tem que aplicar a prática.

Pesquisador: Você trabalha com todas as turmas?

Entrevistada: Com todas as turmas.

Pesquisador: As instruções que você recebeu sobre o programa foram suficientes para você fazer o seu trabalho?

Entrevistada: Foram sim. Eles me passaram o projeto, então eu li, reli, entendi o programa e fiz a execução.

Pesquisador: Quais foram as ações que você executou?

Entrevistada: Trabalhamos na teoria em sala de aula, de acordo com o projeto. O ideal seria se estivesse lá para te mostrar o planejamento que eu fiz, porque eu não usei só o planejamento do programa, eu apliquei o meu, de acordo com a realidade da escola. Eu coloquei as minhas intenções ali, para poder fazer com que o programa pudesse ser trabalhado de acordo com a realidade de cada série. Porque o primeiro aninho é uma coisa mais superficial, entendeu? Até o quinto ano onde foi mais aprofundado. Então, alguns eu trabalhei com textinho, outros já foi feito um tipo de um debate e a última série, além do debate, da conversa e da mobilização que foi muito bem elaborada e bem participativa. Eu acho que teve um bom rendimento, porque depois eu comecei a fazer um tipo de uma revisão, um “feedback” e eles colocaram os tópicos de acordo com o que iam falando eu ia registrando, então, assim foi bem “explorado” mesmo e o conteúdo foi bem aproveitado

Pesquisador: Diga-me um conteúdo que você trabalhou?

Entrevistada: A parte da alimentação. Trabalhei nutrição, envolvendo a parte de IMC (índice de massa corporal), a parte de peso, a qualidade de vida em si.

Pesquisador: Você encontrou alguma dificuldade para executar o seu trabalho?

Entrevistada: Não, porque é um tema que eu gosto e eu trabalho bastante com eles a conscientização sobre a qualidade de vida através da alimentação e de atividades físicas.

Pesquisador: Dentro do seu planejamento, você alcançou os objetivos que você havia proposto?

Entrevistada: Olha, eu adaptei a parte prática também, porque eu achei que o plano estava um pouco fraco. Tinha dois trabalhos físicos para serem feitos e os dois davam um aceleração cardíaco muito forte, então eu fiz uma adaptação ali. As sugestões que eles mandaram das atividades, eu enquanto profissional da área vi que iria acelerar demais os batimentos cardíacos das crianças, então eu dei uma adaptada.

Pesquisador: Quando você encontra dificuldade, se você teve, no caso. A quem você recorreu? Quem é o apoio que você tem no município?

Entrevistada: O apoio? É eu e eu. Porque a parte da educação física é uma área específica e o pessoal da pedagogia não tem toda aquela parte de anatomia de fisiologia. Então eu pesquiso em internet e felizmente eu estou assim, a bagagem está boa.

Pesquisador: Você é profissional com formação específica em educação física?

Entrevistada: Quer dizer, foi feita toda uma preparação com estágios e tudo para que eu pudesse ser uma boa profissional.

Pesquisador: O que você entende por saúde escolar?

Entrevistada: Olha a saúde escolar não se limita apenas em fazer as atividades físicas e cuidar da merenda da criança porque, mesmo eu sou uma professora até meio exigente com eles. No meu dia ninguém come chips, ninguém come bolacha recheada, ninguém leva refrigerante, quer dizer é uma conscientização que eu vou fazendo com eles sobre a parte alimentar. Mais peço que não fique só na escola, que eles levem isso para a família também, para os pais explicando quais as consequências de uma má alimentação e que

não precisa ter uma alimentação cara para ser uma alimentação boa. Então o cardápio é muito variado e a gente pode fazer uma boa alimentação com um custo bem barato.

Pesquisador: Você atende especificamente quais alunos?

Entrevistada: Do primeiro ao quinto ano em todas as turmas.

Pesquisador: Na sua opinião quais os benefícios que o programa saúde na escola trouxe?

Entrevistada: Olha é um programa que não deveria ficar só para uma semana. Porque embora eu sempre trabalhe esta parte da qualidade de vida é um programa que eu acho que deveria ter mais vezes, ter essa semana, vamos supor, vamos colocar mais semanas, uma por mês, uma a cada dois meses. Então, deveria ter mais incentivo, não é bem um incentivo que eu quero dizer, porque quando vem lá de cima daí a execução tem que acontecer e ainda mais juntando saúde com escola é isso que eu acho que deve ter, uma maior integração entre saúde e educação.

Pesquisador: Um dos objetivos do PSE é estabelecer a intersetorialidade que é essa relação saúde e educação. Você observou que isto aconteceu?

Entrevistada: Não muito. Embora teve um esforço constante da secretária de educação, mais eu acho que poderia ser mais intensificado.

Pesquisador: Na sua opinião o programa traz benefícios para a comunidade?

Entrevistada: Traz sim, mais é o que eu digo, não pode ficar no esquecimento, teria que ser um programa mais constante, trabalhado mais vezes, a cada bimestre, entendeu? É como eu falo para você, eu já gosto de trabalhar esta parte da qualidade de vida. As crianças estão até bem instruídas, mais trabalhar isso só nessa semana que veio. Porque a gente pega cada turma uma vez por semana, então é uma coisa de duas horas que eu fico com a turma, então eu divido em teoria e prática e eu acho muito pouco.

Pesquisador: Então ficou sob sua responsabilidade trabalhar o PSE, que você trabalhou dentro da “semana de saúde escolar” e no seu planejamento está para trabalhar a qualidade de vida, a alimentação.

Entrevistada: Eu trabalho, trabalho e isto para mim é uma das coisas mais importantes. Não adianta você colocar as crianças na quadra para fazer a prática, sem elas terem uma

consciência do porque e quais os benefícios ou mesmo os malefícios de quando não se faz corretamente.

Pesquisador: Você que está próxima das crianças, você percebe que há esta necessidade de saúde dentro da escola, você percebe problemas de saúde nas crianças?

Entrevistada: Olha, felizmente não. Na nossa cidade a gente tem assim, qualquer probleminha de saúde já é logo atendido, é direcionado para o psicólogo, fonoaudiólogo ou mesmo a parte daqui da clínica, estão bem assistidos. Qualquer probleminha que acontece já liga-se pro pai rapidamente e os pais já vem aqui e já tem atendimento.

Pesquisador: Para você o programa deve ser continuado?

Entrevistada: É, só que é o que eu digo, a parte prática deixou um pouco a desejar. Foi muito motivado, porque foram aquelas brincadeiras de antigamente que todo mundo conhece, tipo de uma gincana, então teve bastante motivação, foi tirado fotos e a motivação foi grande, mais pra mim se vem e eu não estou satisfeita, eu vejo que não está legal, eu faço as adaptações. Inclusive está até no meu caderno as adaptações que eu fiz.

Pesquisador: Do que veio pronto para você, o quanto que foi preciso adaptar deste planejamento?

Entrevistada: Olha, a adaptação não foi muito grande, mais foi de um valor imenso, por que? Porque eu acho que os batimentos cardíacos não poderiam passar de um limite.

Pesquisador: Que tipo de atividade que veio que você considerou que aumentaria os batimentos cardíacos da criança?

Entrevistada: Foi na hora do aquecimento, porém logo em seguida, quando era para ser a parte moderada tinha outra atividade que acelerava demais, então eu fiz uma adaptação.

Pesquisador: Este planejamento veio de onde?

Entrevistada: Este que veio foi repassado pela secretaria, veio do próprio programa que eles tiraram na internet o projeto e dentro daquele projeto estava a sugestão de aula. Então foi aquele que foi utilizado, mais é aquilo que eu falei, eu fiz as adaptações. É

uma pena que meu caderno de planejamento está na escola e agora estamos de férias, senão daria para te explicar certinho nos mínimos detalhes.

Pesquisador: Então para você o PSE traz benefícios para a comunidade e para as crianças?

Entrevistada: Então, é para a comunidade escolar e aqueles que a gente pede para que repasse para os pais. Os pais também que interagem mais com as crianças, de ver o caderno, de ver isto e aquilo, então eu acho que isto leva benefício. Agora para aqueles que os pais estão ausentes estes daí, são a realidade em todas as escolas, tem as ausências de pai e de mãe, aí não pega como um todo.

Pesquisador: Obrigada!

Professor n.2 (Coord. Ped. – Ed. Infantil)

Pesquisador: De que forma o Programa Saúde na Escola chegou ao seu conhecimento?

Entrevistada: Este programa chegou através da coordenadora de educação que trouxe para nós um folheto, aí que nós ficamos sabendo, antes assim, por mídia nós não tínhamos conhecimento não. Foi através do departamento de educação mesmo que chegou para nós.

Pesquisador: Foi realizada alguma reunião entre vocês da escola com o departamento de educação e o pessoal da saúde?

Entrevistada: Não! Sobre esse programa? Não

Pesquisador: Como as informações chegaram aos outros membros da escola?

Entrevistada: Eu como supervisora que passei para as professoras, falando desse programa. Na verdade veio assim, passei o texto, mostramos para elas pessoalmente, vieram algumas sugestões de atividades e eu conversei com elas. Nós não fizemos as sugestões que vieram, fizemos outras e mandamos fotos. Falar a verdade para você, sobre o programa em si ninguém veio falar sobre ele. Eu não sei como chegou no departamento pra elas, foram elas que passaram para nós e eu passei para as professoras.

Só pedindo que nesta semana nós iríamos estar fazendo alguma coisa sobre a saúde e que poderia ser sobre alimentação ou movimento com as crianças.

Pesquisador: Você é a responsável pela educação infantil?

Entrevistada: Isso!

Pesquisador: Vocês realizaram as ações referentes ao programa na “semana de saúde escolar”?

Entrevistada: Nesta semana.

Pesquisador: E quais foram as atividades desenvolvidas?

Entrevistada: O nome da atividade?

Pesquisador: O que vocês trabalharam com as crianças relacionado ao PSE?

Entrevistada: Nós trabalhamos mais movimento, a questão da alimentação, nesta semana não trabalhamos, pois já é trabalhado através do currículo. Nesta semana o que nós trabalhamos mesmo foram as atividades de movimento. As professoras levaram na praça, escorregaram na grama com saco. Aqui na escola tiveram algumas que fizeram circuito, assim trabalhamos a saúde na escola no movimento, não na questão da alimentação.

Pesquisador: As informações que você recebeu sobre o programa foram o suficiente para lhe dar clareza?

Entrevistada: Para falar a verdade não. Ficou meio assim, porque eu acho que a saúde deveria ter vindo e passado para nós. Só veio o pessoal da educação que falou que nós iríamos estar fazendo este projeto, mais não ficou bem claro não.

Pesquisador: Vocês desenvolveram as atividades e depois repassaram o resultado para o departamento de educação? Como foram informadas as atividades realizadas?

Entrevistada: Nós mandamos por e-mail as fotos, os nomes das atividades, quantas crianças participaram, o horário...

Pesquisador: Um relatório, então?

Entrevistada: Um relatório! Foi mandado por e-mail, tanto para a saúde quanto para o departamento de educação.

Pesquisador: Você encontrou dificuldades para desenvolver o programa?

Entrevistada: Não encontrei porque já é uma coisa que escola já faz, assim. A única coisa é que a gente ficou meio perdido na questão do programa saúde na escola. Veio e-mail em cima da hora, sabe? Então, nós ficamos meio assim, mais estas coisas a gente já faz. É do nosso currículo já, movimento, alimentação, questão da higiene.

Pesquisador: Veio alguém da saúde realizar alguma atividade com as crianças aqui na escola?

Entrevistada: Não!

Pesquisador: O trabalho de medir, pesar?

Entrevistada: Não. Nessa semana não! Vieram uma semana antes de mandarem o programa saúde na escola. Mais vieram, não foi nesta semana mais vieram.

Pesquisador: Veio uma equipe de saúde e realizou quais atividades?

Entrevistada: A pesagem e a medida.

Pesquisador: Teste de acuidade visual foi realizado?

Entrevistada: Não!

Pesquisador: Quando você tem dúvidas sobre o programa a quem você recorre para esclarecer as dúvidas?

Entrevistada: Nós dependemos muito do departamento, das nossas coordenadoras que nos orientam, sempre que temos dúvidas corremos atrás delas.

Pesquisador: Quando surgem as dúvidas, você consegue esclarecer com o departamento?

Entrevistada: Pra nós lá fica. Quando é um assunto que cabe a educação, elas estão mais por dentro, agora nesse daqui, na verdade eu acho que elas também não estavam muito por dentro de como que ia ser feito não.

Pesquisador: Com este programa você acha que a relação entre saúde e educação se intensificou?

Entrevistada: (Silêncio) Como assim?

Pesquisador: Olha só. Um dos objetivos do Programa Saúde na Escola é estabelecer a intersectorialidade entre saúde e educação. Você percebeu se melhorou esta relação com a partir do programa?

Entrevistada: Então, como eu já falei para você é uma coisa que nós já fazíamos. Eu acho que, às vezes, faltou sim a saúde vim. Você me perguntou a questão desse exame de vista e tal, eles não vieram eu acho que deveria ter uma influência maior da saúde aqui na escola.

Pesquisador: Você acha necessária a presença da saúde aqui na escola?

Entrevistada: Eu acho que sim. Tanto é que agora nós estamos já com um programa aqui no município do NASF que a saúde vai vir fazer atividades com eles, vai acompanhar a pesagem e as vezes tem criança com obesidade. Então, agora, nessa semana aqui, realmente foi meio falho, mais agora nós já estamos com este programa envolvendo saúde e educação, uma coisa que estava faltando.

Pesquisador: Você trabalha com todos os professores! Como você percebeu a receptividade deles ao programa? Eles gostaram, ou não fez diferença?

Entrevistada: Gostaram. Igual como eu te falei, eles já estavam trabalhando. Elas falavam: “ah, isso aqui já esta no meu planejamento da semana, pode ser?” Que é a questão do movimento. São coisas que nós já fazemos, não é uma coisa diferente para ter uma reação diferente dos professores.

Pesquisador: Para você mudou em alguma coisa a sua função com este programa?

Entrevistada: Não deu diferença não. Estamos ali caminhando.

Pesquisador: O fato de você ter que informar o resultado das ações, explicar como tudo aconteceu, elaborar esses relatórios, acrescenta em mais trabalho para você?

Entrevistada: Acrescenta, porque às vezes a gente faz e acaba passando e ficou até bom para que eles também tenham conhecimento do que a gente faz na educação, porque às

vezes eles nem sabiam que nós já fazíamos essas atividades. Foi bom sim, acrescenta sim, complementou.

Pesquisador: Na sua opinião o PSE beneficia a comunidade?

Entrevistada: (silêncio) Beneficia.

Pesquisador: Em que sentido?

Entrevistada: (silêncio) Assim, na questão da alimentação, que a criança vê a gente fazendo o trabalho, leva para casa. Saber o que é melhor pra comer, questão de lanche que, às vezes, a gente cobra muito evitar chips, refrigerante. Assim, trabalhando esse programa colocar saúde na escola, ter a saúde e a participação da escola, os pais tem um alerta através do conhecimento o que a criança leva para casa do que é melhor para ele estar se alimentando, porque, às vezes, falha muito nas escolas a questão de lanche. Nós não temos todos os dias, mais uma vez por semana, tem “o lanche na escola” e sempre vem fritura, refrigerante.

Pesquisador: A criança traz de casa?

Entrevistada: Trazem de casa, um dia por semana eles trazem e é importante a saúde. Na escola é que começa na verdade, porque, às vezes, em casa não tem uma alimentação adequada. A partir da escola aprende a se alimentar melhor.

Pesquisador: Como você define saúde escolar? O que você entende por saúde escolar?

Entrevistada: (silêncio) Saúde escolar? (silêncio) Eu acho que envolve tudo, né. Porque se a criança se alimentou mal, na escola não vai. Sono, se não dorme direito, se a criança está com dificuldade da visão, dependendo da atividade ela não vai conseguir enxergar e eu acho que saúde escolar é tudo porque precisa ter bem estar. As crianças precisam estar bem para poder prosseguir a alfabetização mesmo, senão... Aqui, às vezes, a gente vê que tem crianças que entregam a folha e tem dificuldade para estar enxergando e daí como é que vai fazer a atividade?

Pesquisador: Quando vocês constatarem que a criança tem dificuldades, qual é o procedimento? Por exemplo, quando a criança possui dificuldade para enxergar?

Entrevistada: Primeira coisa, nós falamos para os pais para saber se já perceberam em casa e alguns falam que não e a gente pede para que vão ao posto e eles fazem uma

avaliação para saber. Só que, assim, aqui nós temos poucos casos, na verdade é um caso que aconteceu e ainda nós estamos observando como é que está, se realmente é uma dificuldade, estamos observando.

Pesquisador: Para encerrar, existe alguma coisa que você gostaria de falar sobre o programa e que você acha importante, relevante e que foi positivo ou uma novidade que você não conhecia?

Entrevistada: Uma novidade sim, né. Até comentamos, eu acho que faltou um pouco da saúde ter passado mais coisas para nós. Pois não tivemos um conhecimento de como é esse programa, nós aqui na escola, entendeu? Então, faltou sim, achei que é importante sim e deveriam ter vindo e conversado. Explicar para nós, porque a gente ficou meio perdido, pra falar a verdade pra você, com esse programa. Pelo que veio para nós não era uma coisa diferente, mais deveriam ter passado com antecedência, sei lá, antecipar, ter conversado melhor com a gente, para a gente também poder passar para os professores, porque só com o que veio aqui não deu pra saber.

Pesquisador: As informações foram insuficientes?

Entrevistada: Sim, foram.

Pesquisador: Obrigada!

Professor n.3 (4º ano)

Pesquisador: Enquanto professora de sala de aula, quais são as informações que você possui sobre o Programa Saúde na Escola? Como estas informações chegaram até você?

Entrevistada: A questão do Programa Saúde na Escola é feita aqui no nosso município, as crianças trabalham com escovação, trabalham com o flúor, tem toda a semana, então a gente vai aprendendo um pouquinho e vendo aí o trabalho que as funcionárias da saúde vem fazendo com as crianças.

Pesquisador: Quem são as funcionárias da saúde que vem até a escola?

Entrevistada: É a dentista e a auxiliar, que vem buscar para a escovação ou fazer o flúor na sala.

Pesquisador: Além da escovação e do flúor, o que mais que você tem observado e que é realizado em relação a saúde?

Entrevistada: Tem todas as oficinas que nós praticamos aqui, com a questão do lanche, de ir ao banheiro lavar as mãos. Também é trabalhado todos os dias na sala de aula.

Pesquisador: Para você enquanto professora, recebeu informações de como trabalhar com o programa?

Entrevistada: Sim todos os dias até, no planejamento, a gente recebe informações que que nós devemos trabalhar com esta questão da higiene e saúde com os alunos. Na verdade, está até no nosso currículo, é trabalhado praticamente todos os dias com eles. A gente trabalha até sem ser em forma de conteúdos. A questão do lanche mesmo, toda vez ao sair lavar as mãos, ir ao banheiro, então, todos os dias você está relembrando isto.

Pesquisador: Você acha que seria importante a presença do médico dentro da escola?

Entrevistada: Eu acho importante, porque a gente sempre tem uma criança ou outra que tem algum problema e, às vezes, a escola não pode medicar, então é complicado, os pais trabalham e se o médico viesse a escola poderia ser até mais fácil, né. Tem a nutricionista que também atende esse caso, um pouco da questão de saúde das crianças, a alimentação é muito importante.

Pesquisador: Um dos objetivos do PSE, também é a de estreitar a relação entre saúde e educação é o que chamamos de intersetorialidade. Você tem observado esta comunicação?

Entrevistada: Tem sim, até as meninas da saúde, esses dias atrás, vieram fazer um teatro para as crianças em questão da higiene e escovação. Como que eu posso dizer.... coisas simples que são necessárias e eles adoram é teatro e eles gostam muito. A interação tá boa, eles vem participam e cobram das crianças a questão da higiene.

Pesquisador: Quais os benefícios que o programa trouxe para a escola?

Entrevistada: Ah! Muitos. Porque muitas crianças, às vezes, não tem essa educação em casa, a própria higiene ou a escovação, eles não sabiam que isto tinha que ser feito.

Pesquisador: De que série você é professora?

Entrevistada: De 4º ano de 9 a 10 anos. Já são grandes, então, às vezes, sabem porque os outros comentam, porque aprendeu na escola, né? Depende a classe social da criança, ela não vai saber mesmo.

Pesquisador: Para você, enquanto professora, trabalhar estas questões de saúde, higiene, alimentação adequada te sobrecarrega. Ou é uma extensão do currículo?

Entrevistada: É uma extensão do currículo. Porque na verdade, a gente trabalha diariamente. É uma coisa que já faz parte da gente, porque sempre vai ter uma criança que vai levantar, então você já aproveita aquele “gancho” e já coloca o conhecimento que você quer que eles aprendam. Então, para mim é normal.

Pesquisador: Quanto ao ensino e a aprendizagem, você acredita que ao ser realizado atividades de saúde na escola, estas interferem ou tomam o tempo no trabalho do educador?

Entrevistada: Toma! Eu acho que a escola deve ser responsável pela aprendizagem do aluno e não pela saúde e higiene, porque senão a gente não dá conta do nosso conteúdo e de tudo o que nós precisamos aplicar ali. Nós podemos encaixar no currículo, em um conteúdo que nós trabalhamos, mais não com o objetivo principal porque senão a gente perde o foco do nosso trabalho. Tem que envolver mais também não pode dar prioridade só a isto, porque o ensino e aprendizagem é o principal na escola.

Pesquisador: Em algum, momento você pensa que este programa será apenas mais um programa, ou será algo que terá continuidade?

Entrevistada: Eu acredito que poderia ser permanente, porque é interessante a gente fazer um projeto ou alguma coisa envolvendo a saúde, como está sendo feito. Como eu falei, não sendo o nosso objetivo principal, mais o da saúde, por que daí ficaria mais fácil, mais eu acho interessante.

Pesquisador: Sendo assim, você se propõe a ajudar a área da saúde a realizar este trabalho, sem este ficar sob sua obrigação?

Entrevistada: Poderia estar ajudando, cedendo a sala, conversando com os alunos, mais em questão de prioridade a escola tem a questão o ensino e a aprendizagem da criança. Porque a gente é cobrado por isso, então nós temos que trabalhar.

Pesquisador: Eu recebi uma queixa de que muitas vezes o aluno é retirado de sala no horário de aula para ser levada ao dentista. Como você vê esta ação?

Entrevistada: Olha é meio “difícil”, porque a criança está perdendo o conteúdo nisso, poderia estar sendo atendido no horário contrário, mais tem um problema que, às vezes, é do sítio, ou às vezes pega ônibus e às vezes os pais não tem responsabilidade e não mandam mesmo. Aí, a gente, às vezes, abre uma exceção, porque tem que fazer, porque senão a criança não vai ter atendimento nunca, a gente acaba cedendo pensando na própria saúde da criança.

Pesquisador: Para encerrar, como você define saúde escolar?

Entrevistada: Olha, eu acho que saúde escolar seria a gente transmitir para as crianças tudo o que elas precisam saber na vida delas, de tudo, higiene, alimentação e tudo o que elas vão usar em casa.

Pesquisador: Você gostaria de acrescentar algo mais

Entrevistada: Não!

Pesquisador: Muito obrigada!

Professor n.4 (Ed. Infantil)

Pesquisador: Você é professora de que turma?

Entrevistada: Pré II (educação infantil)

Pesquisador: Você tem conhecimento do Programa Saúde na Escola?

Entrevistada: Olha, eu não! A gente tem um trabalho, não sei se é incluído. Nós temos a parte da dentista, a parte da Psicóloga, isso entra?

Pesquisador: Sim.

Entrevistada: Então, nós temos todo um trabalho. O trabalho da “fono” e isso tem me ajudado muito, pois eu tenho uma aluna e tem me ajudado muito, porque é um trabalho à parte, né? Então nós sempre chamamos essas pessoas para tentar nos ajudar dentro de sala de aula. Isso está sendo muito bom.

Pesquisador: Quanto ao PSE, propriamente dito, você teve algum esclarecimento sobre o programa, algum profissional da saúde veio até a escola e falou sobre o mesmo?

Entrevistada: Não nós fomos tomando conhecimento porque os profissionais estão aqui na escola mesmo e a gente foi incluindo na sala de aula mesmo.

Pesquisador: Você sabia da existência desse programa no município?

Entrevistada: Não!

Pesquisador: Como você a importância da participação da saúde dentro da escola?

Entrevistada: Muito importante, muito importante. Eu acho, nossa! Essa semana mesmo eu fiz um trabalho com a Psicóloga, porque, cada um estuda a sua área, não é? Então, eu acho assim, para nós isso é muito bom dentro da sala de aula.

Pesquisador: Em relação a aprendizagem. Você acha que as atividades com a saúde interferem no tempo da educação?

Entrevistada: Não, não! A gente equilibra. Porque não é perder tempo, eu acho que tem que ajudar o próprio professor e a própria criança. A partir do momento que nós tentamos que ajudar o aluno, nós não estamos perdendo tempo com nada, simplesmente ajudando o aluno.

Pesquisador: Mesmo que você tenha que deixar de lado a aprendizagem da criança, e ter que dar prioridade ao atendimento de saúde da criança, você deixaria?

Entrevistada: Com certeza!

Pesquisador: A prioridade é saúde?

Entrevistada: Eu acho! Na minha opinião é!

Pesquisador: Um dos objetivos do PSE é intensificar a intersetorialidade, entre saúde e educação, ou seja, estreitar a comunicação entre saúde e educação. Tem ocorrido isto?

Entrevistada: Hummm, aí você me pegou! (Risos)

Pesquisador: Isto é do seu ponto de vista. Como você percebe?

Entrevistada: Tipo mais assim, explica melhor esta parte que você quer saber mais!

Pesquisador: Você acha que há uma boa comunicação entre saúde e educação? Entre os profissionais de saúde e os profissionais de educação?

Entrevistada: Eu acho que não!

Pesquisador: Não?

Entrevistada: Do meu ponto de vista não. Eu gostaria de ter mais informações.

Pesquisador: Vendo o PSE, de fato sendo concretizado dentro da escola, quais os benefícios que você para o aluno e a comunidade em geral?

Entrevistada: Para o próprio aluno é aquilo que eu já te falei, por exemplo, o aluno que tem uma dificuldade, o aluno que os próprios pais não observam isso, é no todo da criança. Isso ajuda até o próprio professor que muitas vezes nós também não percebemos, então um profissional vai ajudar o outro.

Pesquisador: O que você entende por saúde escolar?

Entrevistada: Saúde escolar? (silêncio)

Pesquisador: De um modo geral? Como você entende por saúde escolar?

Entrevistada: É a criança toda estar bem? Como na parte de aprendizagem, na parte do físico, é, eu acho que é tudo isso aí, que envolve tudo da criança. Não só o psíquico dela, mais também a parte física, tudo.

Pesquisador: Então como você vê a presença médica dentro da escola?

Entrevistada: Eu vejo de forma positiva! Eu vejo de forma positiva! Porque nós temos um corpo e nós temos uma mente que é um todo. Se eu não trabalhar bem uma parte a outra vai ficar defasada, não vai? Então, eu vejo por aí.

Pesquisador: E a aceitação dos pais em relação a saúde presente na escola? São receptivos?

Entrevistada: Olha, aqui, nós nunca tivemos problema nenhum. Porque a gente fala assim, “olha teu filho precisa de tal ajuda”, nunca tivemos restrição nenhuma.

Pesquisador: Você quer acrescentar algo?

Entrevistada: Não

Pesquisador: Obrigada!

ACS n.1

Pesquisador: Você trabalha com o Programa Saúde na Escola?

Entrevistada: Sim!

Pesquisador: De que forma chegou ao seu conhecimento as informações sobre o programa?

Entrevistada: Aqui no PSF com a enfermeira chefe. Pediu pra gente ir lá e fazer a pesagem, ver a estatura, peso e o estado nutricional da criança. A gente traz o peso pra nutricionista e ela faz o índice de massa corporal.

Pesquisador: Você já teve dificuldades ou dúvidas sobre o programa?

Entrevistada: Não. Porque a gente sempre auxilia a enfermeira.

Pesquisador: Vocês vão para a escola em uma equipe? E quais são as pessoas que vão?

Entrevistada: Eu, mais duas ACS e a enfermeira.

Pesquisador: Você encontrou alguma dificuldade para trabalhar com o programa?

Entrevistada: Não. A gente sempre auxilia.

Pesquisador: Você acha importante o programa saúde na escola?

Entrevistada: É importante.

Pesquisador: O que você vê de positivo nele?

Entrevistada: Assim, às vezes, a criança está obesa, ou está com baixo peso e a gente traz para a nutricionista. Um caso que aconteceu: fui eu e minhas outras colegas lá na pré-escola pesar as crianças, não era muito da gente, mais a gente observou e viu que tinha uma criança meio no canto e a gente ficou preocupado de ver aquela criança assim e agora estão fazendo todo um estudo porque o NASF também participa junto para ver o

que essa criança tem. Pelo o que a gente está entendendo, a psicóloga, a “fono”, estão achando que essa criança tem autismo. Então, assim, aquela criança lá quietinha, chorando, bem assim deslocada da turma. Então é importante, porque a gente descobre as coisas que a professora, às vezes, não vê.

Pesquisador: Então quem descobriu esta criança com suspeita de autismo foram vocês as ACS?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: A escola não tinha percebido?

Entrevistada: Então, acho eu que não. Porque estava lá e até agora a escola ainda não está sabendo, porque isto é a gente que está dizendo que tem. Está sendo feito um estudo, a psicóloga que é do NASF e do PSF, a “fono” e as ACS. Estranho aquela criança daquele jeito.

Pesquisador: Você trabalha no PSF! Este programa alcança todas as famílias, vocês já não fazem um trabalho com todas essas famílias? Ainda assim, é necessário o PSE?

Entrevistada: Eu acho que sim!

Pesquisador: Por quê?

Entrevistada: Porque é muito importante. Quando você vai na casa, nem sempre as crianças estão ali, não está no ambiente dele. Eu mesma já fui na casa dessa criança e nunca tinha visto ela. Às vezes, você vai na família, mais é tão arredia que nem todas as famílias chamam para entrar, às vezes, é do portão pra fora, outro não, chama, entra, senta e já está até familiarizado. Mais nem todo mundo, às vezes, é do portão pra fora e aí você não sabe como é dentro de casa. A casa desta criança é da minha área e eu nunca tinha entrado dentro da casa, eu nem sabia desta criança. Essa criança mora nos fundos da casa que eu visito, a mãe e o pai trabalham e fica com a avó que mora na frente. Eu vou na casa da avó e ela me atende no portão, eu nem sabia que tinha criança ali, que tinha essa criança com autismo, que nem na verdade sei se é, mais tudo leva a crer que sim. E, assim a gente vê outras crianças com obesidade.

Pesquisador: Vocês focam mais na alimentação da criança?

Entrevistada: Eu acho que não é só isso, é em tudo mesmo. Esse menino não é pela alimentação, porque a gente vai e faz pesagem e ele não queria nem pesar, eu nem me lembro se a gente conseguiu pesar ele e assim tem outras crianças também que está fora do ambiente.

Pesquisador: Quando você foi nas escolas, você observou algum tipo de resistência por parte da escola?

Entrevistada: Não, de jeito nenhum. Atenderam super bem.

Pesquisador: Para encerrar, como você define saúde escolar?

Entrevistada: Eu acho que é todo um trabalho em conjunto. O NASF é um programa muito bom também que agora vai começar, estão elaborando as coisas. Eu acho que é muito importante, porque na escola, antigamente, eu acho que não envolvia saúde com escola, era cada um no seu departamento está de um jeito... eu acho muito importante, encaminha pra nutricionista, encaminha pra “oftalmo”. A professora conversa e não percebe no meio daquele monte de criança, já se a “fono” conversar com eles ela vai perceber alguma coisa.

Pesquisador: Muito obrigada!

ACS n.2

Pesquisador: De que maneira chegou a até você as informações referentes ao Programa Saúde na Escola?

Entrevistada: A nutricionista, a psicóloga e a fisioterapeuta tomaram frente do trabalho. Elas disseram que nós íamos ter que ir nas escolas acompanhando elas. Ia fazer o teste de acuidade visual e de peso e elas montaram tudo, o “esqueminha lá” para as crianças. Nós íamos chamando as crianças e chamaram nós e nós acompanhamos as crianças na escola. Foi assim. Aí elas falaram que as crianças que não enxergassem direito, os alunos, né e aqueles que estivessem acima do peso também iam estar sendo enviados para a nutricionista e os que tivessem com dificuldade para enxergar iam ser encaminhados para o “oftalmo”.

Pesquisador: Foi realizado uma reunião pelo pessoal da saúde para passar estas informações para vocês?

Entrevistada: É!

Pesquisador: As instruções que você recebeu, referentes ao programa, você considera que foram suficientes para você entender o programa e entrar em ação com eles?

Entrevistada: Foram poucas as informações que passaram pra gente, né. Como eu disse quem mais tomou a frente foi a nutricionista, a psicóloga e a fisioterapeuta. Elas que tomaram frente do programa. Nós ajudamos elas.

Pesquisador: Você encontrou alguma dificuldade para trabalhar com o programa dentro da escola?

Entrevistada: Não, foi tranquilo.

Pesquisador: Como ficou o calendário de visitas de vocês às escolas?

Entrevistada: Ah! Nós tivemos o ano passado e esse ano nós ainda não fomos, não. Nós vamos na escola fazer o flúor e a escovação. Todos os meses nós vamos lá com a dentista.

Pesquisador: Vocês vão em todas as escolas da rede municipal?

Entrevistada: É, aqui e no colégio estadual, também.

Pesquisador: Quando você tem dúvidas sobre o programa a quem você recorre para sanar suas dúvidas?

Entrevistada: Tudo que nós temos dúvida, nós perguntamos para a minha chefe que é a enfermeira responsável pela gente, é ela que ajuda a gente.

Pesquisador: Este programa interfere de alguma forma em sua função, houve mudança em sua trabalho por conta do programa?

Entrevistada: Melhorias?

Pesquisador: Aumentou para você o seu trabalho?

Entrevistada: Não, não. Não aumentou não. Porque quando a gente precisa ir a gente vai, né. Vai três, fica três.

Pesquisador: Quando vocês fazem visitas nas casas vocês conseguem atender toda a população ou pela escola é mais fácil?

Entrevistada: Ah! Tem que ir nas casas.

Pesquisador: Então, um exemplo: você vai nas casas e vocês estão também fazendo este atendimento na escola. Ao ir nas casas este atendimento já não está sendo realizado?

Entrevistada: Não, porque normalmente a gente não encontra essa criança. Quando a gente vai na casa a gente foca mais na mãe e no pai, porque é o pai e a mãe que fala e lá é direto com eles, então é importante.

Pesquisador: Vocês conversam com a criança também ou vocês ou só fazem este trabalho de acuidade visual, verificação auditiva...?

Entrevistada: Não só fazemos este trabalho. Perguntar o que a criança tem não. Indo lá orientar como tem que se fazer a escovação.

Pesquisador: E quando vocês encontram algum caso de criança que apresente problema auditivo ou visual. Já encontraram casos assim?

Entrevistada: Aconteceu, aí tivemos crianças que fizeram o teste e foi detectado dificuldades de enxergar e depois teve que começar a usar óculos.

Pesquisador: Como se deu o encaminhamento?

Entrevistada: Passa para enfermeira, ela faz o encaminhamento e leva para o agendamento, depois entra em contato com a família e agenda a consulta.

Pesquisador: Do seu ponto de vista profissional, o programa é importante o para a escola e para a comunidade?

Entrevistada: É, porque é uma forma que abranger todo mundo. É uma forma de pegar todos os alunos e é uma forma de ter contato com eles.

Pesquisador: Como você define saúde escolar?

Entrevistada: A saúde escolar? Como eu posso definir? Ah! Eu vejo assim como uma melhor qualidade de vida para os alunos, porque às vezes, o aluno nem sabe que tem aquele problema, por exemplo, a acuidade visual: está ali porque acha que está escrevendo muito, então é uma melhoria na qualidade de vida, porque muitos alunos começaram usar óculos, procuraram a nutricionista os que estavam acima do peso.

Pesquisador: Ter que ir na escola sobrecarrega o seu trabalho?

Entrevistada: Não!

Pesquisador: Houve uma boa aceitação por parte da escola e dos professores, dos diretores?

Entrevistada: Eles atendem a gente bem, aceitam a gente bem, eles gostam que a gente vai lá. O diretor é bem bacana com a gente.

Pesquisador: E as crianças são receptivas?

Entrevistada: Sim! Mais os adolescentes não ligam muito não.

Pesquisador: E os adolescentes, eles vem ao posto de saúde?

Entrevistada: Alguns vem, mais tem que vir com o pai e com a mãe, daí vem. Mais a demanda das consultas aqui são poucas.

Pesquisador: Trabalhando e atuando na escola o alcance é maior das crianças?

Entrevistada: Alcança porque, como eu falei da acuidade visual, algumas crianças sentem dor de cabeça e não sabem o porque, dói porque está “esforçando as vistas”. Na hora de escovar os dentes também, eles reclamam, “dentista, meu dente tá doendo”, então ela fala vai lá na escola que eu marco para você um horário, é assim, a gente interage mais com eles.

Pesquisador: Você gostaria de falar mais alguma coisa?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Obrigada!

Técnico ed. n. 1

Pesquisador: De que forma o Programa Saúde na Escola chegou ao seu conhecimento?

Entrevistada: Vieram dois técnicos do setor de saúde da regional de Maringá e expuseram o programa para nós. O departamento municipal de educação fez a adesão ao programa junto com a responsável pelo departamento de saúde e foi aplicado nas escolas e o resultado foi a inserção dos dados do programa no site do SIMEC.

Pesquisador: Qual foi o critério adotado pelo município para a sua escolha como técnica da educação?

Entrevistada: Eu acho que é por eu ser um elemento do departamento de educação e por eu já ter facilidade com outros programas do departamento de educação e por eu ter conhecimento das equipes das escolas, aí eu fui indicada para fazer a inserção desses dados.

Pesquisador: As instruções e informações que você recebeu foram suficientes para a compreensão do programa?

Entrevistada: Não! Não, eu tive que me utilizar de pré-conhecimentos, em função de outros programas que eu já trabalho.

Pesquisador: A qual setor você atribui esta desinformação que você aponta?

Entrevistada: Foi por parte da saúde, porque vieram algumas instruções por escrito e no discurso do próprio técnico da regional o programa seria muito mais fácil para a gente inserir os dados e na hora da prática não foi assim, inclusive a inserção dos dados foi por tentativa e erro. Tentando não dava certo e lembrando de outros programas que eu trabalho eu tive que ir fazendo de acordo com outras coisas que eu sabia e inclusive, nós aqui do departamento recebemos e-mail de outros técnicos que não estavam conseguindo também e, nem foi da saúde de Maringá. Assessores de alguns políticos mandaram e-mails para nós de como nós deveríamos fazer esta inserção de dados.

Pesquisador: Quais foram as ações que vocês conseguiram realizar daquelas que foram pactuadas?

Entrevistada: (silêncio, não responde)

Pesquisador: Há uma inserção de dados dentro do SIMEC e você já deve ter inserido as ações no sistema e o componente II é de responsabilidade da educação é ela que executa.

Entrevistada: Hum...

Pesquisador: E vocês conseguiram executar com tranquilidade nas escolas?

Entrevistada: Ah! Eu acho que sim, só que isto aí é mais de responsabilidade das escolas. Inclusive foram pactuadas as ações e essas ações foram distribuídas pela parte pedagógica aqui do departamento. Nós fizemos um documento que tinham as pessoas responsáveis e quem fez esse repasse para as escolas foi a nossa supervisora aqui, nossa coordenadora pedagógica, ela fez o repasse para as escolas e elas trabalharam sim, a “semana da escola”. Só um dos CMEIs que quem trabalhou isto foi o próprio pessoal da saúde.

Pesquisador: Quando você tem dúvidas, a quem você recorre?

Entrevistada: (silêncio)... Num primeiro momento, eu tentava recorrer a regional, depois eu e a (Nome) que é uma profissional de saúde aqui do município, a gente ia junto tentando por tentativa e erro. E ela em função de outros programas da saúde, que ela já mexia, que ela já trabalha e eu com as minhas, a gente foi descobrindo sozinhas.

Pesquisador: Então vocês não contaram com nenhum tipo de assessoria?

Entrevistada: Não. O assessor de um político que mandou umas instruções para nós.

Pesquisador: Na sua opinião as ações para a implementação do programa intensificam a intersetorialidade entre a saúde e a educação?

Entrevistada: Acho que sim. Acho que é importante sim, mais eu acho que precisaria ser uma coisa mais constante, não só em alguns momentos.

Pesquisador: Como você define saúde escolar?

Entrevistada: Saúde escolar? Num primeiro momento, opinião minha, a escola esta assumindo coisas que não é da escola, eu acho que a escola em muitas coisas que ela assume, ela perde a função principal dela.

Pesquisador: E qual é a principal função dela?

Entrevistada: Educar, e daí ela acaba se perdendo.

Pesquisador: A presença da saúde na escola você vê de uma forma positiva ou de uma forma negativa?

Entrevistada: Se ela for sutil e constante, positiva, mais assim de “bomba”, não!

Pesquisador: Quais as ações de saúde do município que são desenvolvidas nas escolas?

Entrevistada: O setor de saúde aqui, funciona muito bem. Eles fazem campanhas, sempre estão nas escolas.

Pesquisador: O PSE Interfere na sua função?

Entrevistada: Na minha função não, pois é a continuidade do que eu já faço que é a parte de programas.

Pesquisador: O PSE traz benefícios para a comunidade em geral?

Entrevistada: Como eu já disse se fosse uma coisa sutil e contínua eu acho que faria maior efeito.

Pesquisador: O PSE é um programa claro para você, você consegue entendê-lo e apontar os seus objetivos?

Entrevistada: Não, não. E existem coisas que eu não consigo entender?

Pesquisador: O que por exemplo?

Entrevistada: Eu não sei qual é o objetivo.

Pesquisador: Isto não ficou claro para você nas reuniões que você participou?

Entrevistada: Inclusive eu participei de uma reunião que foi quando o pessoal da regional esteve aqui.

Pesquisador: Você já acessou o SIMEC, já inseriu as ações?

Entrevistada: Opa! Já.

Pesquisador: Então, naquele componente II quem passou para você as ações que foram realizadas?

Entrevistada: As escolas

Pesquisador: Para encerramos o que você acha do Programa Saúde na Escola, pelo que você acompanhou até agora?

Entrevistada: Talvez seja mais fácil falar do programa alguém que esteja mais ligado a ele, lá nas escolas, que tenha participado dele. Porque é assim, eu estou só na parte de inserção de dados e na parte técnica dele, então talvez seja mais fácil para eles e não para mim.

Pesquisador: Obrigada!

Técnico sd. n.1

Pesquisador: De que forma chegou ao seu conhecimento o Programa Saúde na Escola?

Entrevistada: Através da regional de saúde. Eu era a secretária de saúde. Até antes, na outra gestão, veio um ofício falando do programa Saúde na Escola, eu montei o projeto, mais o secretário não quis aderir. Nós ficamos dois anos sem aderir. No ano passado em que eu era a secretária de saúde, em uma reunião da regional de saúde, eu conheci o programa e como eu já o conhecia antes eu fui me informar como funcionava, qual o objetivo e qual o princípio do programa e a gente aderiu no ano passado. Este é o segundo ano em que a gente está no PSE.

Pesquisador: Quando vocês fizeram a adesão, vocês pactuaram todas as ações do programa?

Entrevistada: Só as essenciais, porque a gente não sabia como que iria fluir o programa e a gente não tinha tanta mão de obra, recursos humanos para trabalhar. Então, tanto no ano passado como neste ano, a gente aderiu com as essenciais.

Pesquisador: Vocês aderiram com todas as escolas?

Entrevistada: Não. Porque nós estamos com um problema com as equipes PSF. As duas equipes de PSF do município estão credenciadas em uma única unidade que está aqui. Então pelo número de equipes a gente não consegue aderir cem por cento das escolas. Então a gente conseguiu aderir por causa do CNES (Cargo Nacional de

Estabelecimentos), porque como tem duas equipes em uma unidade só, a gente conseguiu aderir só as escolas municipais. Foi uma escola do primeiro ao quinto ano, a pré-escola e as duas creches. As escolas estaduais a gente não conseguiu aderir, apesar da gente trabalhar com eles na escola mais não fizemos a adesão, por causa deste problema.

Pesquisador: Como foram disseminadas as informações do programa para as outras equipes, no caso, de educação?

Entrevistada: Eu entrei em contato com a secretária de educação e mostrei para ela como funcionava, o que é bem dizer já e um serviço que a gente já faz que é trabalhar com os adolescente, com as crianças, levar os tema como obesidade, a vacina, as doenças sexualmente transmissíveis, a sexualidade. Como a gente já faz e veio este programa, que querendo ou não vem um pouquinho de recurso para comprar alguma coisa, vem material. Então conversei com ela para ver se ela topava pra gente aderir juntas, ela me ajudar e eu ajudar a ela. Ela concordou e a gente aderiu. No ano passado foi assim, a gente fez mais ou menos, a gente não conseguiu fazer o que a gente queria, porque foi o primeiro ano, primeiro ano de mandato novo, colocando a casa em ordem. Então, a gente fez mesmo o básico, este ano é que a gente pegou mais firme.

Pesquisador: As instruções e informações que o município recebeu sobre o programa forma claras o suficiente para o conhecimento do mesmo?

Entrevistada: Não. Até hoje não é. Eu fui no curso que teve agora, no encontro macrorregional do PSE e ainda tem muitas dúvidas, muita gente pensando que é uma coisa e não é. Eu acho que ainda falta mais esclarecimentos de ter uma pessoal dentro da regional e do MEC para realmente mostrar como e o que é o programa. Ainda tem muita falha.

Pesquisador: Qual é a principal dificuldade que você encontra?

Entrevistada: Olha, principalmente, aqui no município, eu achei com os professores de saberem que aquela parte de educação é de responsabilidade deles. Eles acham que saúde na escola é a saúde na escola. A maior dificuldade que eu encontrei foi na parte da educação, principalmente dentro da sala de aula. Os professores terem que trabalhar os temas de saúde dentro da sala de aula.

Pesquisador: Vocês trabalharam a “semana saúde na escola”?

Entrevistada: Isso, a gente fez bastante atividade. Fizemos toda antropometria das crianças, pesamos todas, a nutricionista avaliou uma a uma para ver o grau de obesidade, desnutrição e sobrepeso, verificamos calendário vacinal, teste de acuidade visual e eu passei para o pessoal da escola para eles fazerem a parte deles. Trabalhar com as crianças sobre a alimentação, o corpo humano, atividades físicas e este ano eles fizeram, tiraram fotos e ficou bem legal. Então, eu acho que valeu a pena.

Pesquisador: Os resultados previstos, vocês conseguiram alcançar?

Entrevistada: Olha, eu ainda não consegui avaliar tudo, mais assim a principio já valeu, A gente levantou vários problemas na escola, principalmente obesidade e acuidade visual. Tem muitas crianças com problemas visuais e, de repente, é por isso que não vão tão bem na escola. Agora nós estamos fazendo um levantamento de quantas crianças que estão com sobrepeso para montar um grupo que possa trabalhar com estas crianças, sobre a alimentação saudável, a obesidade, os problemas que podem causar a hipertensão e a diabetes e vamos também encaminhar as crianças com alteração da visão ocular, vamos encaminhar para o oftalmologista.

Pesquisador: Vocês ainda não realizaram os encaminhamentos, fizeram o diagnóstico?

Entrevistada: Isto, diagnosticamos e agora estamos fazendo o levantamento das crianças. Como entrou em férias, agora também, a gente está esperando eles voltarem para gente passar quantas crianças vamos precisar encaminhar para o oftalmologista e quantas crianças vão trabalhar no grupo de obesidade junto com o NASF. (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)

Pesquisador: O que é o NASF?

Entrevistada: O NASF é o núcleo de apoio à equipe saúde da família. É uma equipe a mais que vem ajudar aí a saúde da família.

Pesquisador: Tem no município?

Entrevistada: Tem, começou agora esse mês e são profissionais que não tem dentro do programa saúde da família. A gente tem a nutricionista, uma assistente social, uma

fonoaudióloga, educadora física e está para ser contratada a farmacêutica. Então são cinco profissionais a mais para ajudar a gente a trabalhar.

Pesquisador: Quando você tem dificuldades com o PSE e precisa esclarecer dúvidas, a quem você recorre?

Entrevistada: Ah! Eu vou na regional de saúde. Tem uma enfermeira lá, que é da atenção básica e é com ela que eu me socorro. Porque não tem assim, “essa pessoa é específica do PSE”.

Pesquisador: Neste caso você está me dizendo que ela te auxilia na parte de saúde?

Entrevistada: Isso!

Pesquisador: E em relação a educação? Quem é o responsável pelas informações, caso haja dúvidas?

Entrevistada: Eu só sei da minha parte, eu não sei se tem alguém no núcleo. Não sei se o PSE envolve o núcleo de educação, porque a parte deles é toda digitada em um sistema diferente. O meu é no e-SUS o deles no SIMEC. No ano passado quem digitou no SIMEC fui eu e outra menina, porque ninguém sabia mexer. Nós penamos, quase no último dia, eu pedia a senha do SIMEC e não me deram a liberação do SIMEC, então eu não consegui acesso. Aí, eu entrei junto com a menina da educação e que ela não fazia parte do PSE e conseguimos digitar na última semana. Agora, quem é que tem as orientações em relação a educação, eu não sei.

Pesquisador: Um dos objetivos do PSE é estabelecer e promover a intersetorialidade entre saúde e educação. Diante da sua experiência com o programa, isto aconteceu?

Entrevistada: Começou a acontecer este ano. No ano passado não. Para bem dizer, o que a saúde fez foi o que ficou, porque a educação não fez nada. Eu sei porque eu que fui lá digitar no SIMEC e não tinha nada. A gente digitou a parte que eu fiz.

Pesquisador: E você tinha feito a adesão?

Entrevistada: Tínhamos feito a adesão. A gente só não fez a adesão da “semana de saúde na escola” porque eu não sabia como funcionava e na hora em que eu vi que precisava fazer a adesão, já tinha passado do tempo. O GTi (Grupo de Trabalho Intersetorial) não tinha sido montado e a gente montou este ano, o GTi municipal de

educação e saúde e agora vamos publicar. A educação foi no encontro macrorregional, então, este ano eu estou vendo mais ligação. Eles ligam e dizem que precisam das avaliações de obesidade. Eu falei assim “eu sou sozinha e estou esperando a nutricionista me passar todos os casos pra depois eu mandar o relatório para vocês”. Este ano eu estou vendo mais preocupação. Acho que mudou também as pessoas que trabalhavam e agora eu estou vendo mais esta intersetorialidade.

Pesquisador: Em que o programa interfere na sua função?

Entrevistada: Em nada. Como eu sou do PSF, o meu objetivo de trabalhar é com prevenção, é algo que eu já fazia e a única coisa é digitar em um local diferente as atividades que a gente fazia. Antigamente ficava só no papel hoje você coloca no sistema. Tem o programa do e-SUS que é novo e que está todo mundo pensando. Eu já conheço há mais tempo, pois desde quando surgiu eu fui em um curso e comecei a mexer. Agora é tranquilo e para mim não interfere em nada, não.

Pesquisador: Quais os benefícios que o Programa Saúde na Escola, da forma como está sendo executado, trouxe para a escola?

Entrevistada: Olha, por enquanto eu ainda não vi muito resultado não. Eu vi assim, como conhecimento, como enfermeira da saúde da família, eu conheci quais são os maiores problemas da escola, agora é que a gente vai trabalhar o que a gente colheu, começar a observar isto deste ano para o outro, principalmente na próxima avaliação, da acuidade visual, da antropometria, da caderneta de vacina. Apesar de que a de vacina já é um requisito da escola solicitar a declaração em dia, senão não faz matrícula, então agora que a gente vai observar isto daí.

Pesquisador: Na sua opinião, programas desta natureza são relevantes para a melhoria da saúde infantil?

Entrevistada: Ah! Eu acho que sim e, este ano, tem um item novo que é o NutriSUS, é uma fortificação de micronutrientes para as crianças de creche, apesar de que o nosso problema é obesidade, apesar de que não é só para ganhar peso. Mais, assim, é um programa que se levar a sério, fazer realmente o que tem que se fazer o benefício é muito grande, tanto para saúde como para a educação.

Pesquisador: O PSE é executado pelo Programa Saúde da Família, neste caso, o PSF já não alcança toda a população?

Entrevistada: Alcança!

Pesquisador: Diante disto é necessário este trabalho nas escolas?

Entrevistada: Como a gente já fazia, a gente não tinha que registrar, a gente só faz e não tem assim um dado pra você completar, como o PSF, tem uma ficha específica que é o atendimento coletivo, que tem um monte de coisa, é um dado a mais para você. Por exemplo: na hora da “pactuação”, a gente tem um dado para comprovar aquilo que realmente a gente está fazendo, então, como a gente já fazia, a gente aderiu para uma coisa que a gente já fazia.

Pesquisador: Então seria uma formalização das ações que vocês já executavam?

Entrevistada: É! E agora a gente complementa mais, porque tem bastante ideias diferentes para se trabalhar. Cada ano da “semana de saúde na escola” vem temas diferentes para se trabalhar, não é sempre a mesma coisa.

Pesquisador: Vocês ficam com as ações focadas dentro desta “semana de saúde na escola”?

Entrevistada: Não! A gente faz a “semana de saúde na escola” e depois a gente planeja durante o ano as outras atividades. A “semana de saúde na escola” serviu pra gente fazer um diagnóstico da situação da saúde das crianças. A gente viu muita obesidade, dificuldades visuais, agora, além das outras coisas nós vamos trabalhar estas também. Também estamos pensando, mais nós não aderimos os adolescentes da escola estadual, mais neste ponto começar a trabalhar do quinto e sexto ano em saúde sexual, porque a gravidez está muito precoce, a atividade sexual está muito precoce.

Pesquisador: Aqui no município vocês observam esse aumento?

Entrevistada: Meninas de quatorze e quinze anos que vem pedir BETA-HCG e se vem pedir é porque temo risco de ter engravidado.

Pesquisador: Oferece o contraceptivo neste caso?

Entrevistada: Então, a gente faz o exame e se deu negativo a gente conversa com os pais ou alguém responsável, para começar prevenir. Na semana retrasada, uma menininha de doze anos me pediu um “beta”. Eu pedi e falei para ela, você vai fazer hoje e amanhã você me traz de volta o resultado e aí deu negativo, graças a Deus. Eu perguntei pra ela “quanto tempo faz que você tem vida sexual ativa?” – “ah, faz um ano”. Onze anos! Uma criança! Aí você levanta a base familiar, não tem, não tem nenhuma, não sabe nem o que é um preservativo, um contraceptivo, uma doença sexualmente transmissível, então a gente pensou em trabalhar muito em cima disto.

Pesquisador: Mais para este ano vocês não pactuaram o PSE para as escolas estaduais?

Entrevistada: Não, mais nós vamos trabalhar com eles, nós já até temos o grupo montado, o projeto montado para trabalhar com eles independente do PSE.

Pesquisador: Para encerrar, como você define saúde escolar?

Entrevistada: Olha, a gente fala em saúde é para ver o que? Se a pessoa tem doença ou se não tem. No meu ponto de vista eu vejo saúde escolar como um global de tudo, uma criança saudável, uma criança que tenha conhecimento de tudo que envolve o corpo humano, a alimentação, higienização, a parte psicomotora, psicossocial, a gente vê que as crianças se agredem muito, então nós estamos trabalhando e montamos um grupo de saúde mental nas escolas, as crianças se agredem, tem o “bullying”, tem crianças que, não sei se é inveja ou o que é, que maltrata um ao outro e saber trabalhar com eles para viver em sociedade.

Pesquisador: Esta dificuldade que você observa na criança de viver em sociedade seria resultado do que na sua opinião?

Entrevistada: Olha, aqui, eu falo do meu município é muito a parte familiar. A família, a gente vê em reuniões que para muitos pais que a responsabilidade da criança é da escola. Se a criança briga na escola, se criança bate em outra criança, os professores chamam os pais e eles falam “vocês é que tem que cuidar”. Então, eu acho que está faltando muito a sociedade aceitar essas crianças, principalmente a família.

Pesquisador: E no caso da família. Por que ela tem esta desestrutura que você aponta?

Entrevistada: (silêncio) Até, na hora da gente montar o grupo de saúde mental na escola, eu falei para elas fazerem o trabalho com as crianças e depois com os familiares

também, porque não adianta a gente trabalhar a criança se o problema está em casa. Então a gente vê muita violência, tem criança do “primário” que as professoras falam “nossa eu ligo para chamar os pais e a criança diz que meu pai não manda em mim”. Então, como que você vai pegar esta criança, cultivar esta criança se a raiz dele, lá embaixo onde é a casa não tem respeito, não tem obediência, não tem convivência.

Pesquisador: Para você o PSE é importante?

Entrevistada: Eu acho. Uma para fortalecer a gente ainda mais, porque quando não tem um programa, a gente faz quando dá. Eu acho assim, quando você tem um programa você tem metas para cumprir, você tem objetivos e vai mais a fundo, você se empenha mais para cumprir com aquelas metas também. Então, a gente tem aquele foco e vai cumprir. Quando a gente não tinha o programa a gente fazia e se não dava desmarcava, porque, hoje eu estou aqui e daqui a pouco eu não posso mais sair. Hoje me ligaram e disseram que eu tinha uma reunião há uma hora e a uma hora eu não posso. Nós tentamos encaixar as coisas neles e não eles encaixarem as reuniões nos horários da gente. Com o programa, não, se já ficou agendado e se ficou marcado naquele dia, a gente não marca nada e é só para fazer aquele trabalho. Então, eu acho que é um vínculo que a gente tem pra cumprir com aquele objetivo, eu acho bem mais interessante ter isto daí também, pra gente se policiar para cumprir com essa meta.

Pesquisador: É um direcionamento?

Entrevistada: Isso, eu acho interessante por isso. Porque todo programa, você começa e você tem que terminar para ter o resultado, porque depois tem as avaliações. Outro dia a diretora da escola disse “Ah! Quanto ao dinheiro?” Eu disse “gente o dinheiro que vem não dá pra fazer uma bala!” é muito pouquinho, mais o pouco que vem a gente pode comprar alguma coisa para fazer um teatro, mandar fazer panfleto, mandar fazer uma camiseta diferente pra gente trabalhar na escola. É um pouquinho de dinheiro a mais, porém a gente acaba usando o recurso humano mesmo, não precisa de dinheiro, se não vir nada você pode fazer aquilo sem nenhum. Outro dia em que eu fui no encontro macrorregional a população estava muito preocupada com o dinheiro, “mais quando que vem o dinheiro do saúde na escola, quando que vem a verba?” “Gente a verba é tão pouquinha que você nem vê entrar no fundo”. Você fica procurando lá e é tão pouquinho. Então, tem gente que foca muito, falou que tem dinheiro, “então vamos aderir”. Se fosse pelo dinheiro eu não iria aderir, o dia que eu vi a porcentagem que vem

eu falei “olha, por mim, pelo dinheiro eu não iria aderir, mais pelo projeto, pelo programa sim!”

Pesquisador: Muito obrigada!

Técnico ed. n.2

Pesquisador: Como chegou até você as informações do Programa Saúde na Escola e como você o entende?

Entrevistada: Olha, somente que eu iria ter acesso dentro do SIMEC, nesse programa, mais eu não sei nem direito como é que funciona o programa, Maria Eliza.

Pesquisador: Você não tem acompanhado, então o programa?

Entrevistada: Não, não. Eu vi o pessoal vir aqui, né! Pegou as crianças.

Pesquisador: Quem esteve aqui?

Entrevistada: Me parece que eu vi uma nutricionista, algum dia veio e pesou, mediu. Me parece que já era esse trabalho da saúde na escola. Depois eu vi a dentista que também veio, ela é bastante envolvida e era sobre essas questões, mais eu não participei, eu não me inteirei muito até porque a gente está envolvida com bastante coisa.

Pesquisador: Você já teve conhecimento da plataforma do sistema que você vai “alimentar”, que vai acessar?

Entrevistada: Não, ainda não. O pessoal da saúde disse que iria me cadastrar, me mandar uma senha, mais ainda não me passaram a senha e eu não sei como é que funciona. Eu trabalho no SIMEC com outros programas (PAR, PNAIC), que eu já sei como é porque sou eu que trabalho junto com as meninas e alimento o sistema. Mais saúde na escola eu nunca alimentei.

Pesquisador: Diante desta situação em que você sabe que é de sua responsabilidade inserir as informações no sistema e você não tem as informações. Como você tem se sentido em relação a isto?

Entrevistada: Fico um pouco preocupada, pois de repente, a gente pode deixar de colocar lá alguma informação que é importante e eu não sei, não estou tendo acesso e não sei como fazer isto.

Pesquisador: Para você é um campo desconhecido, mais pelo que você tem acompanhado e observado o programa como você tem percebido a execução do programa aqui, dentro do contexto educacional, as pessoas tem comentado sobre o programa ou não se fala sobre isto?

Entrevistada: Quando o pessoal da saúde vem a gente vê, né. Por exemplo: o dia que eu vi a nutricionista pesando, medindo, eu achei interessante, Maria Eliza, porque a gente sabe que a obesidade é preocupante. A gente percebe que na escola existem alguns casos de crianças fora do peso, tanto acima do peso como abaixo do peso, é preocupante. Eu acho interessante que eles venham que eles façam isso, eu achei bem interessante e foi bem envolvido. Os pais foram chamados, daquelas crianças que foi percebido que estavam muito gordas ou muito abaixo do peso, foi feito um trabalho envolvendo aí, né. Eu não participei porque não é a minha área, mais eu a secretária de educação envolvida, a diretora da escola, a nutricionista, a secretária de saúde, eu achei interessante.

Pesquisador: Você teve contato com os professores, percebeu algum tipo de resistência quanto ao programa?

Entrevistada: Não, não observei nenhum tipo de comportamento, assim, de professor falando mal, ou não gostando. Até porque, às vezes, a gente ouve o professor falando “aquela criança está muito gorda”, eu acho que eles também perceberam que é importante essa questão específica da criança.

Pesquisador: E para você a atribuição desta função de alimentar o sistema, como você se sente em relação a isto? É a execução de uma tarefa normal ou você se sente sobrecarregada?

Entrevistada: Olha, como sou eu aqui, né, cidade pequena, poucas escolas, acaba vindo para mim. Não acho que seja difícil, porque eu já trabalho com o SIMEC e já sei que não é um sistema difícil, às vezes, a gente até encontra um pouco de dificuldade, mais é por desconhecimento específico daquilo que a gente vai registrar. Mais não é difícil fazer o trabalho dentro do SIMEC, não acredito que eu vá ter problemas com isto.

Pesquisador: No momento você está aguardando, como você mesma mencionou, ainda não tem a senha, você não conhece ainda as ações?

Entrevistada: Não. Eu sei que o pessoal da saúde já fez acesso e alimentou o sistema na parte deles (de saúde) e sei que a educação também vai ter acesso e no caso seria eu.

Pesquisador: O que você entende por saúde escolar?

Entrevistada: Saúde escolar? A saúde da criança! É tão abrangente... Então na escola eu acredito que seria interessante porque muitas crianças a gente sabe que a única refeição que elas fazem bem feita, é na escola, com a merenda escolar. A gente sabe que a alimentação é a saúde, que faz parte, quer dizer, é interessante que trabalhe saúde na escola com esta questão da alimentação correta.

Pesquisador: Você vê com “bons olhos” a interferência médica dentro da escola?

Entrevistada: Pode falar? (risos)

Pesquisador: Claro!

Entrevistada: Então, eu tenho um pouquinho... eu acho meio complicado, Maria Eliza, sabe por que? A gente está há tantos anos na educação que a gente percebe que a família repassa para a escola muitas obrigações. E eu acho que vai ser mais uma.

Pesquisador: Cuidar da saúde da criança você acha que é uma obrigação a mais para a escola?

Entrevistada: Porque é o seguinte, a função da escola sempre foi a de ensinar e a da criança de aprender. Já se percebeu tanta coisa que foi colocada na educação será que não vai chegar um momento em que esse ensinar e o aprender vai ser comprometido por causa de tantas outras... né? Porque a gente percebe hoje que os pais transferem muita responsabilidade para a escola e depois eles vem e até cobram determinadas coisas. Por exemplo: hoje a gente tem um dentista que cuida lá, da boquinha das crianças na escola. Então quando tem qualquer problema ali eles vem, o que é muito bom, porque a gente não teve mais criança com dor de dente, porque tem uma dentista que cuida. É muito bom. Mais a gente percebe que cada vez mais, mais atribuição pra escola, pra educação.

Pesquisador: E você acha que isto ocupa o tempo e tira o momento de aprendizagem da criança?

Entrevistada: Ocupa, ocupa. Tira, tira. Por exemplo: às vezes tem pais que vem aqui e diz assim : “ah olha, não dá para vocês levarem na hora da escola a criança lá no dentista?” Já tem um dentista na escola, será que custa tanto para este pai, no horário em que a criança está com ele, ele vir trazê-la ao dentista?

Pesquisador: Isto também acontece com a fonoaudióloga e com as outras áreas da saúde?

Entrevistada: Então, na fonoaudiologia tem crianças que não podem vir no horário contrário é pego no mesmo horário do trabalho. Mais eles vem no horário contrário agora, só que é diferente a “fono”, por exemplo, eu acho! Porque geralmente a professora pede a “fono”, porque a criança não consegue falar direito e ela precisa do atendimento. É até interessante que seja a professora e a “fono”, ali, junto com a mãe, enfim.

Pesquisador: Então para encerrar, você acredita que há pontos negativos e positivos?

Entrevistada: Isso, eu acredito é! Tem coisa que é boa nisso, agora uma coisa que eu acho, eu não sei, se não vai acumular mais responsabilidade da família para a educação. Entendeu? E, aí, num determinado momento isto vai comprometer a questão do trabalho do professor em sala com o aluno que é a educação, seria isto a escola. Será que não vai chegar um momento em que vai ter um acúmulo de tantas outras coisas que vai comprometer isto? Agora, fazer um trabalho com a criança é importante, eu acho que é importante, que a criança está aqui, mais o perigo é esse, incorrer em comprometer a aprendizagem, o horário dele ali, o tempo dele de aprendizagem com outras coisas, ele ser retirado desse momento aprendizagem. Não sei se estou errada com isso, mais eu fico um pouco preocupada com esta questão, porque eu já vi sabe, muita coisa vindo para a educação. É importante para a criança, mais é muito importante também que a criança aprenda, tem a saúde, mais que ela também aprenda.

Pesquisador: Muito obrigada!

Técnico sd. n.2

Pesquisador: Como chegou ao seu conhecimento o programa saúde na escola?

Entrevistada: Bom, quando eu entrei no município há um ano e meio atrás, a pessoa que estava à frente deste programa era a nutricionista do município, me apresentou o programa, que até então eu achava que era uma demanda específica da área nutricional. Eu achava então que o nutricionista da escola e da saúde que eram os únicos que poderiam usar o programa, para ter algum tipo de abordagem com esses alunos. Ela me mostrou isso, a princípio se estendeu esse meu pensamento para as questões odontológicas, para a questão visual. A gente já chega para fazer os testes visuais nos alunos, através de tabelas, aí eu falei: “então a psicologia não vai ter muito a acrescentar”. Para mim foi um desafio, eu disse eu quero, entrar no programa saúde na escola, para contribuir de alguma forma, com a minha área de formação que é a psicologia. Eu achei então que só essas áreas específicas que teriam que contribuir para o programa saúde na escola, aí eu falei: “eu vou pender para a área da saúde mental”. Foi então que eu descobri, no meio de essa história toda, que tem um campo específico para essa questão da cultura de paz, para trabalhar a questão da violência e tudo mais. Eu e ela tentamos fazer este trabalho, ela com a parte nutricional e eu com a parte psicológica e a “odonto” com a parte dela, nós formamos a equipe PSE. Nós três caminhávamos juntas e realizamos todos os trabalhos.

Pesquisador: É você que alimenta o sistema e-SUS?

Entrevistada: Sim

Pesquisador: E as informações que você recebeu para a realização desta tarefa, foram suficientes?

Entrevistada: Não! Não foram suficientes. Até no início desse mês nós tivemos a capacitação e, até aquele momento, eu fazia tudo conforme ela me orientou, a pessoa que me apresentou o programa que foi a nutricionista do município. Agora na verdade não mudou muito meu pensamento, mais sobre o SIMEC, eu não costumava lidar com ele, só fazia parte do e-SUS, e achava que o SIMEC era de responsabilidade da escola. Não vou mentir, nós costumávamos fazer esta divisão e por eu ser da saúde, o que me dizia respeito era apenas o e-SUS. Agora, a partir dessa capacitação foi que eu comecei a entrar em contato com a regional para ter acesso ao SIMEC.

Pesquisador: Agora então você está tendo acesso ao SIMEC?

Entrevistada: Não! Ainda não, mas como é até o dia 20 de agosto para enviar os dados, nós temos aqui no município o sistema G-MUS, é um sistema que nós fazemos o cadastro dos pacientes em prontuário online. Todos os pacientes que eu atendo eu já anoto no sistema e quando é o final do mês, faz relatório completo e nós conseguimos com o sistema G-MUS criar um acesso ao sistema e-SUS e nós estamos pretendendo fazer isto também em relação ao sistema SIMEC. Porque eu só vou usar este programa para fazer o intercâmbio entre as informações.

Pesquisador: Quando você teve dúvidas, em relação às informações do PSE, a quem você recorreu?

Entrevistada: A regional de saúde

Pesquisador: E eles souberam te esclarecer, foram suficientes os esclarecimentos?

Entrevistada: Algumas coisas sim, outras não. Algumas coisas em relação a baixar programas, eu tinha muita dificuldade nisto, pois eu não tinha muito conhecimento. Qual era o site que tinha que entrar. Tudo era feito em um outro computador que era o da nutricionista, na sala dela, eu vim para cá e tive que baixar todos os programas neste outro computador e eu não tinha conhecimento. Eu tive que assistir vários vídeos no youtube, “apanhei” um pouco desses vídeos.

Pesquisador: Você está substituindo?

Entrevistada: Uma moça que entrou de licença maternidade, a nutricionista.

Pesquisador: Há quanto tempo que ela entrou de licença maternidade?

Entrevistada: Há mais ou menos um mês.

Pesquisador: Você assumiu a partir daí o programa?

Entrevistada: A partir daí. Até então eu só fazia a parte prática eu não fazia a parte de alimentação de sistema. Eu ia para as ações, ela ia para as escolas e eu ia com ela. Ela fazia a parte nutricional, eu me reunia com a equipe da escola, via qual era a demanda deles, listávamos as famílias, definíamos como íamos fazer para abordar a família. Lógico, que sobre o o GTi- municipal ainda temos que definir, estamos tendo um pouco de dificuldade em relação a isto, mais a nossa pretensão é montar agora no primeiro semestre.

Pesquisador: Um dos objetivos do PSE é estabelecer a intersetorialidade, na sua opinião isto ocorreu?

Entrevistada: Eu percebo que isto não ocorreu, tanto que a escola não mandou nenhum profissional para a capacitação no início do mês. Com este dado a gente já consegue perceber que já houve um bloqueio em relação isto. A nutricionista que está na escola me ajuda, neste sentido. Ela não faz porque a escola manda, mais é por conta de um conhecimento pela atuação que faz em outro município, então a gente percebe que não é uma exigência daqui, nem com ela e nem com outro funcionário. Então o que a gente consegue enxergar: que a escola abre as portas, só! Como eu cheguei lá na escola e falei assim: “eu quero fazer uma reunião com vocês pelo menos uma vez por mês para gente poder estar trabalhando o tema de saúde mental e poder fazer alguma coisa em relação aos pais em poder agregar a família a este tema que já estamos trabalhando”. Ai, o que a escola me disse? “ Não adianta fazer reunião de pais, não adianta, a gente já chama os pais uma vez por mês para entregar boletim e a gente tenta passar as informações e eles não acatam nada.”

Pesquisador: Esse trabalho de saúde mental que você se refere é para que faixa etária?

Entrevistada: Na verdade é para todas elas. Mais a princípio, onde eu fui primeiro foi nas escolas municipais. Nas escolas estaduais eu iniciei um trabalho com a juventude através dos grupos que eles já tem disponível no município, como o grupo de teatro, grupo de dança. Então quando a gente entra em contato com os adolescentes e os jovens a gente os convida para estarem participando do que o município já oferece e faz as visitas a esses lugares, faz contribuições nesses grupos.

Pesquisador: Para eu entender, como você idealiza o trabalho de saúde mental na educação infantil, por exemplo?

Entrevistada: Então, na verdade é assim, o que a gente está priorizando é a formação da personalidade. Então quando a gente percebe que uma criança está em atraso, no que se refere as questões da própria formação de personalidade, do caráter, da independência, de algumas questões básicas. Na creche, por exemplo, a questão da locomoção, o controle de esfínteres, na questão da higiene, dos cuidados, da criança que de alguma forma tem alguma demanda afetiva, que sofrem “bullying”, que por alguns aspectos se encontra isolada. Isto tudo que vai, de certa forma, diretamente, estar relacionado a

formação da personalidade e isso é o que me preocupa. Aí, juntamente com a psicóloga que já atua na escola, saber qual é o aluno que está apresentando de alguma forma uma demanda. Tivemos no mês passado, em maio, algumas datas como a luta antimanicomial e a luta contra o abuso sexual de crianças e adolescentes. Então a gente foi na escola divulgar, mostramos vídeos e a gente percebe quando a criança foge um pouco dos demais, essa criança precisa de um olhar diferenciado, não só da escola, também da família, no que está acontecendo. Esta foi a proposta que eu fiz, eu entro como saúde, então, na família, me passam a demanda eu entro em contato com a família e vou fazer visitas nas casas.

Pesquisador: É muito grande a demanda de crianças com os problemas que você destacou?

Entrevistada: Não! Mais eu sinto também que não estão passando a demanda para mim, ainda tem este bloqueio.

Pesquisador: Por conta de quem?

Entrevistada: Da escola mesmo. Eu acredito que com o GTi municipal, isto não vai acontecer, pois a gente vai ter que se reunir, vamos criar e organizar um calendário para isto. Então, à medida que elas tiverem contato comigo, vão ter que interagir, falar e tudo mais. Agora, como a gente não tem esta organização, eu tenho que estar indo o tempo todo na escola, só que quando eu vou lá eles estão sempre fazendo alguma coisa, elas nunca estão ociosas, desta forma dificulta.

Pesquisador: Só uma observação. Você faz atendimento clínico?

Entrevistada: Também!

Pesquisador: Você relatou que a escola “abre as portas”, no entanto é difícil de acessar este espaço?

Entrevistada: Ela “abre as portas”, mais não tem a contrapartida dela em relação ao que pensa. Eu tenho o meu olhar e ela tem o dela. Se ela não me disser qual é o olhar que ela tem, como que eu faço.

Pesquisador: E quanto ao seu contato com os professores. Chegou a ter contato com eles?

Entrevistada: Não, sempre com a pedagoga, diretora e psicóloga, esse é o contato que eu tenho lá na escola.

Pesquisador: Você não faz contato direto com os professores, pois não faz parte da sua ação ou não há interesse da escola estabelecer esta relação?

Entrevistada: Eu percebo assim. Quando eu vou lá, por exemplo, esses dias... até eu vou relatar uma história para você, para que tenha uma noção de como que é para você entender. Pode ser?

Pesquisador: Claro!

Entrevistada: Então, eu liguei e marquei uma reunião. Um dia antes de ir eu liguei para confirmar esta reunião, pois eu queria me reunir nem que seja apenas com os professores que estivessem em hora atividade neste dia e depois eu tentaria visitar, nem que fosse pelo mesmo uma vez por semana e passaria por todas as horas atividades. A princípio esta era a minha proposta, juntamente com a psicóloga da escola nos dias em que ela estivesse disponível. Aí a (Nome) disse, “não pode, pois os professores estão preparando o dia das mães e nem adianta vir, pois os professores estão ocupados com lembrancinhas, com isso e com aquilo...” Tudo bem então. Acabando o dia das mães eu torno a ligar. Acabou o dia das mães, eu liguei... “Não, não pode agora, porque agora vai entrar na copa do mundo e nem todos os dias as crianças estão tendo aula e quando não tem, o professor também é dispensado e quando não tem o jogo o professor tem que otimizar esse tempo, então não tem como e ficar se desligando do que já é planejamento, do que já é grade curricular para ficar fazendo este tipo de coisa, não.” Eu falei, então vamos fazer depois da copa do mundo.

Pesquisador: Agora você está esperando passar a copa do mundo?

Entrevistada: Sim! Aí tem dia dos pais, depois em agosto. Então a gente tem que se preparar para as outras datas que pode ser que venham pela frente.

Pesquisador: Bem eu já perguntei, mais diante disto, na sua opinião, se intensificaram as relações de intersetorialidade entre saúde e educação?

Entrevistada: Sim! Eu acredito que sim. Pois em relação ao que tinha, o que a gente tem hoje, de certa forma intensificou sim. Porque hoje a gente tem abertura, consegue ir para divulgar, por exemplo, a questão do abuso. A gente foi, a gente entrou. Os professores

estavam ali mesmo que não fizeram esta contrapartida, mais estavam ali. Do outro jeito não tinha esta abertura. Em relação às escolas a gente diz assim “é meu e teu, o filho é nosso”, então acredito que sim que existiu, mais para chegar ao que vimos no curso, estamos longe, estamos longe, mais com certeza melhorou.

Pesquisador: Na sua opinião quais os benefícios que o PSE trouxe para a saúde e para a escola? São visíveis estes benefícios?

Entrevistada: Sim, com certeza. Eu, particularmente gosto, tanto que assumi e estou fazendo uma coisa na qual eu acredito. Mais, por exemplo, a questão da saúde mental, eu também vejo o trabalho da nossa “odonto” que é uma coisa linda que ela faz: ir nas escolas, oferta a todos um trabalho... Por que? Porque até então, a saúde, principalmente nas campanhas de vacinação, ela espera. Então ela decora um posto tudo muito bonito, coloca carteiras muito bonitas, senta com um cadastro na mão e o técnico de enfermagem espera para vacinar essa criança, então a gente espera! Quando essa mãe engravida a gente espera que ela venha até o serviço, a gente espera que ela venha para realizar um pré-natal. Aí, quando esse bebê adoece, a gente espera que ele venha para o serviço, a gente espera a ACS vir para nós e dizer assim, “olha essa criança está assim, assim...” Então, é um serviço em que a gente está ali, naquele lugar e as pessoas chegam até nós. O PSE ele tem um olhar totalmente diferente, ele é o inverso, a gente oferece, a gente vai até a criança, a gente vê a criança na sua totalidade. Quando a gente está no posto de saúde a gente só vê doença, a gente não entende que esta criança está inserida em uma sala com tantas outras crianças e tem uma história de vida tão diferente e ao mesmo tempo elas são muito parecidas. Então eu acho que o programa favoreceu isto. Nós saímos, então, das nossas cadeiras, dos nossos serviços que até então estavam muito concentrados na nossa parte técnica para um olhar global dessa criança. Eu acho que isto é lindo! Só que eu acredito que tem muito ainda que avançar, porque muitas vezes a gente espera por determinadas datas, como abuso sexual, para ir dentro da escola e trabalhar isto dentro da escola. A parte nutricional também, faz ali de tanto em tanto tempo. Nós temos que criar o costume de ser algo mais humanizado e não tão mecânico de ir de tanto em tanto tempo para ver como é que está. “Quero dar uma passada na escola e fazer um trabalho com a criança, então vai e faz”, existe muito a avançar para chegar nisso.

Pesquisador: Programas desta natureza são relevantes para a melhoria da qualidade do atendimento da saúde infantil?

Entrevistada: Sim!

Pesquisador: O PSE é executado pelo PSF, mais toda a demanda já não é atendida através do PSF, através das visitas nas casas?

Entrevistada: Sim, mais quem faz a visita nas casas são os ACS. Quando o profissional técnico vai? Vai quando tem demanda, o profissional técnico não passa em todas as casas.

Pesquisador: Quais são esses técnicos?

Entrevistada: O psicólogo, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o nutricionista, médico e enfermeiro. Quando o enfermeiro vai? Quando tem um curativo ou alguma coisa. Quando não, essa pessoa só vai conhecer o enfermeiro quando ela vai a uma unidade. Agora, quando você tem uma semana de saúde na escola, vai toda a equipe para a escola e todos conhecem a equipe, entende? Aí, todo mundo percebe que tem aquele monte de gente trabalhando pra ela, para ela ter qualquer ganho que seja em relação a saúde. Que ela não precisa, por exemplo, estar obesa para ela procurar a unidade, que antes que isto aconteça, nós já estamos pesando você, já estamos fazendo o controle, estamos cuidando. Então, é o aspecto preventivo, até então o PSF vai identifica a demanda e comunica, Hoje mesmo eu tive uma reunião com as ACS: “você tem demanda para mim para visita?” Elas me passaram oito pessoas hoje e na escola, quantas pessoas eu não tenho acesso em um dia?

Pesquisador: Neste caso você tem acesso a clientela infantil?

Entrevistada: Sim, mais que muitas vezes é a demanda, ali, muitas vezes é a prevenção de um problema futuro?

Pesquisador: Como você conceitua saúde escolar?

Entrevistada: Um conceito?

Pesquisador: Sim, como você define saúde escolar, diante do que você está vivenciando?

Entrevistada: Eu acho que é prevenção. É o ambiente para o desenvolvimento integral do sujeito, tanto no que se refere a questão intelectual quanto na questão de saúde, quanto na questão de saúde mental, quanto em qualquer outra área. Mais, nós não podemos deixar de lado a família, eu acredito que a saúde escolar para aquele sujeito é a integralidade de desenvolvimento no aspecto preventivo, é um olhar sem esperar a demanda, é você ir até ele sem esperar que ele venha até você com uma doença já instalada. Temos que ter o olhar para a família, independente disto que foi o que eu propus, no caso, para escola de me passar esta demanda a gente ia buscar. A criança, ali, está inserida ali, mais quando ela sai dali, não se pode esquecer, que muitas vezes, o que acontece em casa determina todo o resto.

Pesquisador: Então você depende da escola em lhe passar esta demanda, para poder atuar?

Entrevistada: Eu estou depositando toda a minha expectativa em cima do GTi, toda, toda ela.

Pesquisador: E este grupo de trabalho será composto por quem?

Entrevistada: Basicamente, eu pretendo no máximo inteirar dez pessoas. Quatro pessoas de saúde, quatro pessoas de educação, a assistente social do CRAS, que é uma pessoa que costuma ajudar muito a gente nas ações e alguém do conselho tutelar. A princípio seria isso.

Pesquisador: Este grupo, via escola, iria realizar as ações?

Entrevistada: Não! Este grupo iria pensar as ações, mais não que ele iria executar. As ACS, no caso não fazem parte do GTi, mais sem elas a gente não vive.

Pesquisador: Essas ações serão pensadas para serem realizadas dentro da escola?

Entrevistada: Isso! É para a saúde na escola. Este GTi, é só para as ações.

Pesquisador: Este grupo é apenas para o PSE, para o que você está idealizando?

Entrevistada: Isso!

Pesquisador: Basicamente, é isto. Você teria mais alguma coisa para acrescentar sobre o programa?

Entrevistada: Não. Para mim, em um mês, lógico que está sendo um desafio enorme. Estou “apanhando” do sistema, mais estou gostando bastante. Eu já atuava desde a última “semana de saúde na escola”, em agosto do ano passado, logo depois das férias de julho.

Pesquisador: A “semana de saúde na escola” os municípios aderem ou não a ela. Vocês aderiram para este ano?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: As ações do PSE estão concentradas dentro desta semana apenas, ou se estende ao longo do ano?

Entrevistada: Nós organizamos de acordo com as datas comemorativas ao longo do ano, nós tentamos mesclar com algumas datas comemorativas: Luta contra a obesidade, luta contra isso, luta contra aquilo, dia mundial da saúde mental, dia mundial da família, dia mundial do amigo.

Pesquisador: Nas ações do PSE, que compete a escola, compostas pelo componente II, a própria escola, com o professor, dentro do currículo, tem que elaborar um plano de trabalho?

Entrevistada: Isso!

Pesquisador: Aqui no município este trabalho foi feito? Você tem conhecimento disto?

Entrevistada: Não!

Pesquisador: Não foi feito?

Entrevistada: Não sei!

Pesquisador: Você vai alimentar o SIMEC também ou você vai apenas colaborar?

Entrevistada: Não sei! Esta vai ser uma discussão do nosso GTi, para decidir quem vai ficar com esta responsabilidade. Até então, eu só estou fazendo o e-SUS.

Pesquisador: Obrigada!

Técnico Reg. Sd.

Pesquisador: Como chegou ao seu conhecimento o Programa o Saúde na Escola?

Entrevistada: Na realidade é assim, as portarias que chegam através da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), sobre os novos programas, as novas demandas são todas encaminhadas pela Secretaria de Estado pra gente, essas informações. O meu primeiro contato quando eu cheguei aqui na regional de saúde, o programa já existia e já existia a portaria de criação do Programa Saúde na Escola. Quando eu cheguei aqui na regional de saúde poucos municípios tinham acesso ao programa porque haviam muitos critérios nesta antiga portaria para a inclusão dos municípios no programa. Somente em 2012 que estes critérios foram modificados e que a gente conseguiu a adesão de um maior número de municípios. Mais as informações dos programas principalmente do PSE, já existia quando eu cheguei, mais são todas apanhadas e encaminhadas através da Secretaria de Estado da Saúde, são eles que encaminhavam as novas informações e as novas demandas do Ministério pra gente.

Pesquisador: Quando você assumiu esta função, para você ficou claro o que era o Programa Saúde na Escola?

Entrevistada: De maneira alguma! Na realidade quando eu assumi a função aqui eu não tinha quem me passar, pois como era um programa em que somente 2 (dois) municípios da nossa regional que faziam parte do programa e era um programa que estava assim, meio abandonado.

Pesquisador: Em que ano foi isso?

Entrevistada: Foi em 2011 que eu comecei e eu tive que estudar muito, não tinha quem me ensinar, a não ser a nossa coordenação estadual, uma pessoa (Nome) na SESA que me ajudou muito, mais eu tive que estudar, tive que entrar no site do Ministério, no link do Programa Saúde na Escola, ler manuais, ler os instrutivos. A maior dificuldade, agora, está sendo com o sistema, na informação das ações do programa, assim, a gente é bem autodidata, a gente acaba ligando e pedindo socorro quando a gente tem dúvidas, mais o programa teve que ser aprendido.

Pesquisador: Agora, você procura sanar suas dúvidas com quem?

Entrevistada: Com a Secretaria de Estado e eles fazem a ponte com o Ministério da Saúde. Somente quando não conseguimos contato com a coordenação estadual que entramos em contato com a técnica do Ministério, mais geralmente a gente utiliza esta hierarquia.

Pesquisador: Depois de todo este estudo que você já fez, o programa está mais claro ou ainda apresenta dificuldades?

Entrevistada: Ainda tem muita dificuldade, muita dificuldade. Quando a gente começa a olhar as ações em si. Porque, quando a gente começa a olhar, para mim é mais complicado ainda, porque eu não estou em campo desenvolvendo, estou mais na parte teórica. Eu leio e eu entendo, mais na hora de aplicar aquilo ali, não sou eu que aplico, então, às vezes, a pessoa vem com dificuldades que eu não vivenciei, então eu tenho que buscar mais informações ainda, cada dia os municípios me ligam e é uma dificuldade diferente é uma coisa eu tenho que estudar nova pro programa.

Pesquisador: Quantos municípios aderiram ao programa na 15ª regional?

Entrevistada: Agora no ciclo de 2014 que vai começar em agosto foram vinte e seis municípios que fizeram a adesão.

Pesquisador: Quantos são os municípios no total?

Entrevistada: São trinta municípios da parte da saúde. É que difere um pouquinho as regionais de saúde das regionais de educação.

Pesquisador: Como foi a receptividade dos municípios em relação ao programa?

Entrevistada: Alguns, foi bem complicado. Pra eu te falar a verdade, foi principalmente em relação a educação. Alguns municípios, inclusive, não finalizaram a adesão, devido a problemas com a educação, eles não conseguiram porque a educação não quis. Tem que ser um consenso, pois os dois secretários, tanto de saúde como de educação tem que assinar o termo de adesão e então quando uma das partes não quer... Nós tivemos dois municípios que não conseguiram fechar a adesão devido a isto, mais assim, tem problemas com a saúde também. Às vezes, o gestor de saúde quer fazer a adesão e a equipe que tem que assumir as ações do PSF, não querer e precisa ser imposto pelo gestor. Tem o contrário também, a equipe quer fazer a adesão, quer fazer as ações e o gestor não está interessado, porque acha que é pouco dinheiro que vem, que não vale a

pena. Só que eles se esquecem que essas ações que são feitas nas escolas, faz parte do trabalho de Programa Saúde da Família. A escola está no território de uma equipe do Programa Saúde da Família, então a equipe do PSF tem que entrar na escola e tem que desenvolver ações de promoção e prevenção a saúde dentro da escola. É assim, é um dinheiro que no programa a mais, um bônus pra você conseguir trabalhar, mais é uma coisa que a equipe já tem que fazer na escola. Mais a gente tem dificuldades com gestão, com equipes de saúde, com equipes da educação, a gente tem bastante dificuldade de aceitação.

Pesquisador: Quando vocês começaram a ampliar o programa, como você disse eram poucos os municípios haviam aderido. Como vocês fizeram este contato com os municípios para disseminar o PSE?

Entrevistada: O primeiro contato foi com os gestores da saúde. Nós temos, mensalmente aqui as CIBs regionais (Comissões Intergestores Bipartide). Então a gente reúne os gestores de saúde de todos os municípios para passar informações, para pactuar o que tem que ser desenvolvido e todo mês nós temos essas reuniões, nós utilizamos estas reuniões para fazer estas disseminações também. Para o municípios que não conheciam quando foi lançado a nova portaria do PSE em 2012, a gente utilizou uma CIB regional para poder apresentar o que seria o programa, dos recursos que viriam para as equipes e como funcionaria isto e o que teria que ser desenvolvido.

Pesquisador: Ficou a cargo da gestão de saúde dos municípios fazer os contatos com a educação?

Entrevistada: Na realidade é assim, da mesma maneira que a gente recebe estas informações da Secretaria de Estado da Saúde, o Núcleo Regional de Educação também recebe do núcleo estadual. A princípio, nós fizemos contato com a saúde esperando que eles também fizessem contato com a educação, mais parece que isto também não aconteceu.

Pesquisador: Então havia esta incumbência do Núcleo Regional de Educação de fazer este contato com a educação?

Entrevistada: Isso, mais parece que isto não aconteceu. E assim, foi acontecendo dentro dos municípios e foi gradativo isto daí, pois nós não tivemos esse momento de nos reunirmos com a educação. Nas visitas que eu fui realizando nos municípios eu fui

conversando com os secretários de educação, eles foram me procurando para saber como é que funcionava o programa, nós não tivemos um momento de reunião com a educação, a não ser no evento macrorregional sobre o PSE no mês passado. Foi aos poucos que fomos estabelecendo este contato, hoje eu tenho contato com praticamente todos, eles conversam e a referência deles é mais a saúde do que a própria educação.

Pesquisador: Então, quando surgem dificuldades em relação a educação eles buscam por você?

Entrevistada: É, a maioria.

Pesquisador: E você tem condições de dar suporte técnico para a educação?

Entrevistada: Como as ações são mais relacionadas a saúde, a gente consegue e como a gente tem acesso ao sistema de informação que também é do MEC, que é o SIMEC, no qual são alimentados os componentes II e III e a gente tem acesso ao sistema e consegue dar suporte, geralmente eles me procuram e normalmente a gente consegue esclarecer e o que a gente não sabe ou não consegue esclarecer a gente busca informações com o pessoal da secretaria de estado ou do Ministério, a gente vai atrás.

Pesquisador: E os responsáveis no NRE, fazem contato com você também ou você não tem contato com eles?

Entrevistada: Eu tenho a referência e temos contato sim, mais não muito. Eu tenho mais contato com o pessoal de educação dos municípios do que com a nossa referência aqui. Mais é assim, ela se dispõe, quando tem reunião ela participa, ela quer aprender também. Eu vejo que foi passado poucas coisas para ela e teve pouco acesso a informações. Tem que estudar também.

Pesquisador: Um dos objetivos do programa é estabelecer a intersetorialidade entre saúde e educação. Na forma como está ocorrendo, há esta intersetorialidade?

Entrevistada: Eu acho que funciona mais dentro dos municípios, lógico que não vai ser perfeito em todos os municípios, para alguns, como eu disse foi meio imposto, mais desde o momento em que as equipes começam a entrar nas escolas e a escola começa a ver que aquilo lá tem resultado e tem fundamento e está ajudando, eu acho que eles começam a criar este vínculo e esta intersetorialidade depois que começam a ver o resultado das ações, mais este início tem sido difícil. Não sei se foi por falta de

orientação, mais os municípios pecaram muito pela não criação dos grupos de trabalho intersetorial (GTi), agora que eles começaram a criar e estão me mandando. Tem que haver conversas, reuniões de programação, de realização de cronograma para se criar este vínculo para poder trabalhar e ver a responsabilidade de cada um, isto precisa ser pontuado.

Pesquisador: Em seu trabalho, o PSE alterou alguma coisa na sua função?

Entrevistada: Eu não tinha muito contato com a educação, para mim isto não existia, era muito difícil, apesar de a gente ter que trabalhar intersetorialmente, isto alterou sim. Eu tive que buscar informações diferentes, trabalhar com secretarias diferentes e eu não trabalhava com a educação, algumas coisas se modificaram sim.

Pesquisador: Da forma como o programa está sendo desenvolvido nos municípios, de acordo com a sua visão mais ampliada do programa, conforme o que está nos manuais, você acredita que o PSE traz benefícios para a comunidade?

Entrevistada: Eu vejo! Eu vejo, porque eu não enxergava as equipes de saúde trabalhando dentro das escolas. Assim, eram feitas atividades pontuais durante o ano e elas não estavam inseridas na comunidade escolar dentro do território deles e eu acho que isto é muito importante, pois a escola tem que ter a referência e a retaguarda das equipes de saúde e eu acho que isto é fundamental para a equipe de saúde.

Pesquisador: O Programa Saúde na Escola é executado pelo PSF, juntamente com os professores. No entanto o PSF tem como função a visita às casas e realiza abordagens junto das famílias. Este atendimento, no formato como está sendo executado, hoje, já não está sendo realizado? Qual a necessidade de entrar no território escolar?

Entrevistada: Na realidade o que preconiza o Programa Saúde da Família, o ACS e a equipe de saúde tem que desenvolver não só através de visitas domiciliares, pontuais, individuais a educação em saúde, mais também em grupos específicos. Por isso que tem os grupos de hipertensos, grupos de diabético, grupos de gestantes e agora o grupo de escolares, eles tem que desenvolver esta atividade em grupo também. A gente vê hoje que com a população de escolares, nós enfrentamos muitos problemas, tem muita reclamação com relação a problemas de saúde, principalmente de saúde mental, envolvimento com droga e este é o grande ápice do nosso problema de saúde pública. Hoje e a gente sabe que isto começa na idade escolar e então nós vemos essa

necessidade, a importância da equipe estar entrando na escola, no ambiente do escolar, para conversar e ver a melhor maneira de se trabalhar isto com ele. Porque, às vezes, a equipe de saúde sabe a informação, sabe a necessidade de passar para o escolar, mais não tem a pedagogia, essa didática que o professor tem para trabalhar com cada faixa etária, da maneira que tem que conversar, da maneira que tem que abordar e o trabalho junto com o professor, junto com a equipe pedagógica é muito importante para saber abordar essa faixa etária e entender os problemas que tem naquela comunidade. Geralmente os escolares são daquela comunidade e os professores sabem identificar as turmas que tem mais problemas, o tipo de problema de saúde que está se passando ali, este trabalho é fundamental, a equipe de saúde estar dentro da escola é fundamental. Nós temos muitos lugares, muitas casas, muitas comunidades que as equipes de saúde ficam impedidas de entrar, tem família que não deixa o ACS entrar dentro de casa, não permitem que o enfermeiro ou o médico acessem e isto não acontece na escola. Então para esta comunidade em que a equipe de saúde não consegue adentrar a casa e sabe que lá dentro tem criança e adolescente, na escola ela tem acesso a eles.

Pesquisador: Esse trabalho que é desenvolvido na escola pelas equipes, juntamente com os professores, o que especificamente fariam as equipes de saúde? Realizam diagnósticos, existem ações específicas do que vão realizar dentro da escola?

Entrevistada: Tem ações específicas, tem ações obrigatórias como: levantamento de dados antropométricos, acuidade visual, situação vacinal e temos ações que são optativas que de acordo com a análise do GTi municipal, o que é necessário, o que está acometendo aquela população escolar e elaborar o que será trabalhado, é mesmo um apanhado. A princípio no componente I está mais relacionado a equipe de saúde, fazer um diagnóstico desta população escolar com relação a saúde mesmo e o componente II que seria mais relacionado a educação em saúde e o componente III que é a formação dos profissionais que estarão trabalhando com estas crianças. Cada componente do programa trabalha com um tipo de ação.

Pesquisador: O que garante para você que as ações, de fato, estão sendo desenvolvidas nos municípios? Há todo um procedimento, a educação alimenta o SIMEC, a saúde o e-SUS, o que garante que as ações lançadas foram realizadas?

Entrevistada: Então, pra gente é bem complicado esse monitoramento. Este programa não é novo ele é de 2007, mais para nós começou em 2009, com adesão dos municípios

e agora em 2012 houve um número maior. No início, era mais fácil de monitorar dois municípios, agora são vinte e seis. Antes tinha como monitorar com visitas, monitorar dentro das escolas. Agora, ficou bem complicado, a gente confia, a princípio nos sistemas de informação e naquilo que estão alimentando, mais neste primeiro momento, nós não conseguimos fazer este tipo de monitoramento. O componente I, que é específico da saúde, ainda não nos fornece relatórios e seria uma maneira de monitorar. O SIMEC tem um suporte maior com relação a isso. Nós estamos com dificuldades na questão do monitoramento dessas ações, realmente. Nós como regional de saúde e, tenho certeza como regional de educação, nós não estamos conseguindo monitorar se as ações estão, realmente, sendo desenvolvidas, como tem que ser feito.

Pesquisador: Não é de sua responsabilidade, mais é para refletirmos sobre: O modo como foi disseminado o programa, não deveria ter sido de uma outra forma? Em um encontro simultâneo entre saúde e educação, para que as informações fossem repassadas ao mesmo tempo? Se fosse possível retomar, você faria diferente?

Entrevistada: Eu faria diferente. Na realidade, este evento grande que foi realizado em junho de 2014, deveria ter sido feito em junho de 2012. Neste evento foi passado o que era o programa para saúde e educação. Conseguimos reunir um grupo grande de profissionais de educação e saúde que estão dentro das escolas. Infelizmente, por questões financeiras do estado, nós não conseguimos fazer isto antes. Mais eu concordo plenamente, isto que nós fizemos este ano, no mês passado, nós teríamos que ter feito em junho do ano passado, quando começou o ciclo de 2012. Infelizmente, porque questão de licitações, de questões financeiras, nós não conseguimos fazer. Porque o projeto já está pronto há muito tempo que era o momento em que iríamos reunir para passar realmente o que era o programa, como é desenvolvido as ações, os componentes e não conseguimos fazer, então é uma coisa que começou, na realidade, de trás para frente, quando está acabando o primeiro ciclo para todos os municípios é que nós conseguimos fazer o evento.

Pesquisador: Vocês pretendem, ainda, fazer reuniões como os municípios para esclarecimento?

Entrevistada: Sim, sim. A gente pretende e a gente está montando um cronograma para esclarecer estas dúvidas e reunir a educação e a saúde. Fechando este ciclo em que as últimas informações serão lançadas até vinte de agosto, para começar este novo ciclo,

com certeza a gente vai reunir este pessoal todo para ver como é que foram as dificuldades que tiveram neste ciclo de 2013 e o que estão programando para 2014.

Pesquisador: Como você define saúde escolar?

Entrevistada: Aí, é complicado definir saúde. A saúde envolve muitas coisas, saúde envolve bem estar físico, emocional, psicológico, tudo, tudo, o ambiente em que a gente vive. Para o escolar, principalmente na fase em que eles estão de conhecimento, de desenvolvimento físico e neuromotor, é bem complicado conseguir acompanhar tudo isso, mais eu acho que envolve esta questão de ambiente, a questão da família, a saúde escolar, o bem estar dele dentro da escola, o bem estar ele dentro da família, é algo muito amplo, é bem difícil definir saúde, principalmente para o escolar.

Pesquisador: Para 2014 vocês estão pensando em ações diferentes para o programa, no que refere ao contato com os municípios?

Entrevistada: A gente pensa em fazer diferente e também vai ser mais fácil, porque as pessoas conseguiram com este evento ter uma noção, pelo menos, geral do que é o programa. Lógico, que vão existir dificuldades, vão existir empecilhos, nós tivemos histórias de municípios que tiveram dificuldades com diretores para entrar na escola, equipes de saúde da família que também não querem, então, nós temos muitas dificuldades, mais nós queremos começar de uma maneira diferente este novo ciclo.

Pesquisador: Você disse que as equipes de saúde já possuem, por função, trabalhar com grupos específicos, hipertensos, gestantes, grupo escolar, entre outros. Porque que há esta resistência por parte das equipes em trabalhar nas escolas, sendo que é função deles esta atividade?

Entrevistada: Olha, é complicado, é bem complicado isso. Nós temos umas populações, que as equipes em alguns municípios tem uma certa resistência em estar entrando. E eu não sei se é por esta falta de contato das secretarias em si, pois eu acho que tinha que existir em todas as secretarias, educação, meio ambiente, transporte, a própria polícia, eu acho que tinha que existir este vínculo entre as secretarias e não existe isto e eu acho que isto já começa a criar empecilho para a saúde começar a trabalhar nos setores e tem populações que eles tem resistência mesmo para começar a trabalhar, eu sinceramente, não sei te dizer o porque, mais eu acho que, eu tenho o fundamento disto, eu tenho uma concepção de que por esta falta de ligação entre as próprias secretarias dentro do

município, já começa daí, em não ter este vínculo, este trabalho intersetorial dentro do município.

Pesquisador: E diante da seguinte fala: “ O Programa Saúde na Escola é um trabalho que a gente já faz há muito tempo no município, a gente faz a escovação, a gente faz o flúor”. O Programa se resume a escovação e flúor?

Entrevistada: De maneira alguma e nem a atividades pontuais. O que preconiza o programa é que a equipe de saúde esteja dentro da escola trabalhando durante o ano todo, com professores, para ensinar e formar os professores em como trabalhar as questões da saúde com os alunos, a própria equipe fazendo educação em saúde, a própria equipe de saúde estar levantando problemas de saúde dentro da população escolar. Mais o programa não se resume a escovação, nem a fluoretação nem a palestras sobre DST, drogas, AIDS, não é isto o programa, não são atividades pontuais. É um cronograma a ser seguido, é o vínculo entre a educação e a saúde e o trabalho durante todo o ano lá dentro. É toda uma programação para estar trabalhando estes temas e estas ações dentro da escola. Não se resume a atividades pontuais de maneira alguma.

Pesquisador: Os municípios possuem profissionais suficientes para realizar este trabalho?

Entrevistada: Na realidade os municípios não possuem profissionais suficientes nem para atender a própria demanda da unidade, este é um empecilho bem grande. Eles argumentam também, na pergunta que você me fez anteriormente, em como já seria uma função da equipe estar trabalhando lá dentro da escola e eles tem esta resistência grande e, agora me “atinando”, eu lembrei disto também, que uma grande reclamação que a gente ouve em todas as visitas técnicas e, a gente sabe que existe, as equipes estão saturadas com uma demanda muito grande, com dificuldades de estrutura física dentro das unidades para atender a população, com uma rotatividade grande de funcionários e isto dificulta, porque a equipe tem que ensinar o trabalho, um ciclo que não acaba, é vicioso, então é bem complicado isto também. As equipes tem grande dificuldade de estarem trabalhando, também por isso, falta funcionário, falta estrutura, não são em todos os municípios, mais em um número até considerável isto acontece. As equipes também não tem cobertura de cem por cento das equipes de saúde da família em todos os municípios e isto também prejudica o programa em si, porque como é uma equipe de saúde da família, tem que cobrir aquele território e, às vezes, essa escola está fora do

território dela, mais é uma escola que está vinculada a sua unidade e foi vinculada ao programa saúde na escola, então, além da equipe atender toda a comunidade, ela tem que se deslocar fora da área de atuação dela para estar atendendo esta escola. Então, tudo isto dificulta o trabalho do programa e dificulta o trabalho da equipe, se nós tivéssemos cobertura de cem por cento do estratégia saúde da família em todos os municípios já, ajudaria.

Pesquisador: Diante desta situação, o Programa Saúde na Escola, não corre o risco de ser um “faz de conta”, a realização dele?

Entrevistada: Infelizmente a gente corre alguns riscos, não sei se no programa inteiro e nas ações todas, mais a gente corre risco de algumas ações, algumas situações acontecerem esses problemas, mesmo. E pela dificuldade que temos de monitorar o programa também.

Pesquisador: A sua dificuldade de monitorar o programa passa também pelo número de funcionários?

Entrevistada: Passa, com certeza. Sou eu e eu. O (Nome), às vezes, me dá uma retaguarda, pois ele é odontólogo e a parte da odontologia ele me ajuda bastante, mais para trinta municípios e a quantidade de escolas que a gente tem, a gente não consegue e eu não trabalho só com esse programa, são várias outras coisas.

Pesquisador: Diante disto que você me explica. Qual é a vantagem de ter um programa com este formato, pois entendemos que é bem estruturado, teoricamente e, não seria um “desperdício” do programa, o Ministério da Saúde e da Educação não darem o suporte necessário para a execução do mesmo?

Entrevistada: Não sei se seria um desperdício, mais é uma dificuldade que a gente encontra em todo o setor público hoje, é a falta de funcionário. Nós trabalhamos com cinquenta por cento do número de funcionários que deveríamos estar trabalhando. Isto depende muito de quem assumiu o programa também, não há um desperdício do programa porque a gente tenta fazer o máximo que podemos para conseguir levar o programa, para conseguir que as coisas aconteçam da maneira correta, mais é uma falha sim, é uma falha de suporte, de não conseguirmos dar o suporte necessário, não conseguimos mesmo.

Pesquisador: Mesmo você se desdobrando e dando o suporte necessário ainda todo o seu trabalho depende da base?

Entrevistada: Ele é prejudicado com certeza, eu não consigo dar cem por cento do que eu poderia dar. Uma porque eu não cuido só do PSE, são várias outras coisas e me sinto prejudicada e, às vezes prejudicando, o programa e os municípios porque a gente não consegue atender da maneira que poderíamos, da maneira que deveríamos atender, não sei se pode ser considerado como um desperdício do programa, mais é um prejuízo para o programa.

Pesquisador: Para que o programa funcionasse plenamente, e alcançasse os objetivos que foram idealizados, o que é necessário?

Entrevistada: Primeiro, a começar pelo nosso suporte aqui, poderia ter mais pessoas responsáveis, o comprometimento dos municípios e das secretarias, eu acho que isto é a base fundamental. Porque, às vezes, a gente vê que os municípios tem condições, é um município pequeno que tem cem por cento de cobertura do estratégia saúde da família, tem a equipe interessada, mais às vezes o gestor não está interessado. Nós vemos que tem municípios que tem este suporte e não conseguem desenvolver da maneira que tem que desenvolver o programa e tem outros que querem desenvolver o programa de uma maneira correta, da melhor maneira possível e têm todas essas dificuldades de não conseguir cobertura, de não ter pessoal suficiente, então assim, são vários fatores que podem influenciar no desenvolvimento do programa.

Pesquisador: Como o programa está estruturado, hoje, você acredita que é um programa que veio para ficar? Será permanente ou corre o risco de ser extinto?

Entrevistada: Olha, é uma questão bem complicada, isto aí. Porque o Ministério, às vezes, lança os programas, né... A intenção! Eu acho que da maneira como ele foi estruturado pelo Ministério, em que tem um grupo de trabalho intersetorial federal, tem um grupo de trabalho intersetorial estadual, são todos documentados, da maneira como está eu acho que ele não tem interesse de tirar esse programa, não, eu acho que até há o interesse de que vire lei como virou o Estratégia Saúde da Família, que veio como um programa e hoje é uma estratégia, é uma lei e está documentada como lei e ninguém mais pode tirar, eu acho que o Ministério tem esta intenção com o PSE também. Agora, vamos ver como é que vão conseguir desenvolver. Porque da maneira como foi aberto

para todos os municípios, ainda é novo e a gente não consegue sentir e, ainda mais, que não tem esse retorno dessas informações, do impacto dessas ações e eu acho que é isto que mede muito o sucesso ou não de um programa, o impacto que as ações estão causando e como isto foi aberto no ano passado, em 2012, a gente não tem como mensurar isso ainda. Então, o interesse do Ministério em estar transformando este programa em programa vitalício, transformando em lei, para que ele fique mesmo, eu acho que ele não tem como medir esse impacto do programa.

Pesquisador: Você tem contato com os outros profissionais técnicos das outras regionais de saúde?

Entrevistada: Tenho, tenho.

Pesquisador: E como está o programa nos outros municípios do estado do Paraná no que se refere a implantação, a aceitação e o desenvolvimento das ações?

Entrevistada: Nós temos basicamente as mesmas dificuldades. O Paraná tem umas regiões que são muito carentes, principalmente no norte pioneiro e ali eles têm mais dificuldades principalmente pelos problemas de saúde que encontram lá. Nós temos regiões com um poder aquisitivo um pouco maior, o IDH um pouco maior e está mais relacionado às características da população de cada município, de cada regional, mesmo. Mais as dificuldades em si dos problemas, são basicamente as mesmas, principalmente a estar inserindo o programa no município, o curso do programa, o curso do período do ciclo do PSE, aí sim os problemas são diferentes em cada local e depende da população que a gente está trabalhando.

Pesquisador: O setor da saúde implanta o resultado das ações no e-SUS, a educação no SIMEC e como é esta questão do sistema em si? Os municípios encontraram dificuldades?

Entrevistada: Foi bem complicado, principalmente o componente I que é do e-SUS, por ser um sistema novo, um sistema que veio esse ano, veio para gente e todo mundo está aprendendo sobre o sistema ainda. Há muita dúvida, sistemas novos apresentam muitos problemas, toda hora tem que estar atualizando, toda hora baixa uma versão nova. O SIMEC, por já ser estruturado, nós não encontramos muitas dificuldades, pois a página do SIMEC é mais fácil de acessar por ela já existir há muito tempo. A forma de registro das ações dentro do SIMEC é mais simplificada. No componente I dentro do e-SUS,

nós temos que escrever o nome dos alunos, levantar problemas de saúde, identificar aluno. No SIMEC, a gente trabalha mais com quantidades e no e-SUS temos que identificar o aluno que tem problema de saúde, trabalhar com o cartão SUS e tudo isto gera bastante problemas, pois tem que trabalhar com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, às vezes, o site dá problemas para importar dados. Temos muitos problemas com cartão SUS, duplicado, triplicado no país, com sexo errado, tudo dá problema dentro do sistema. Tivemos problemas para instalação, tivemos que fazer capacitação do pessoal e o telefone toca o dia inteiro e agora em que está acabando o período para fazer os registros das atividades, agora ele toca mais do que nunca, com dúvidas de como preencher as fichas, de como registrar e estamos tentando sanar todas.

Pesquisador: Para encerrar, como você idealiza, vamos dizer assim, o programa? Qual é o seu olhar futuro para o PSE?

Entrevistada: A gente que trabalha com saúde, a gente vê uma população que busque menos a assistência medicalizada, é tentar mudar a cultura, mesmo. Porque o que vemos hoje da população adulta que você não tem saúde se tiver uma consulta médica e não sair com remédio de dentro da unidade e não é só isso que é saúde. A saúde é prevenir que a pessoa precise ir na unidade de saúde e que chegue lá doente e isto nós temos que trabalhar a cultura e a gente trabalha cultura com criança pequena, formando a mesma de uma maneira que ela entenda saúde, não da forma como nós vemos hoje. É a criança se alimentando melhor, fazendo exercício físico, identificando os problemas quando ela é pequena, para podermos tentar resolver da melhor maneira possível para ela não sofrer as consequências desses problemas durante o período que ela mais precisa, que é o período em que ela está aprendendo. Trabalhar com discriminação, trabalhar com tudo isto dentro da escola para formar um cidadão diferente do que a gente vê hoje, da população. Porque é muito triste você ver uma unidade lotada e querendo um monte de médico e aquilo não é saúde, é você trabalhar em casos em que a população não precise chegar neste ponto e a população não entende isto hoje. Eu visualizo o programa como você mudar esta concepção de saúde, dentro da escola, com as crianças para que elas cresçam adultos diferentes, buscando uma saúde melhor, buscando se cuidar de uma maneira melhor para não precisar superlotar uma unidade de saúde e terem que virar futuros hipertensos, futuros diabéticos, nós vemos pessoas sofrendo infarto com vinte e quatro anos, vinte e cinco anos, tendo AVC com trinta e

não é isso que a gente quer. Principalmente pelos hábitos de vida que estas pessoas levam, tudo isto, os hábitos de vida, os hábitos saudáveis, tudo isto se aprende de pequeno, se não for ensinado em quando pequeno, você não consegue mudar depois de adulto, não consegue, é muito difícil. Geralmente, o adulto aprende “batendo a cabeça” e a criança não. A criança, o jovem, você consegue trabalhar e moldar isso melhor, eu vejo que isto vai ter um grande impacto no futuro para essas crianças.

Pesquisador: Você acredita no programa?

Entrevistada: Eu acredito, eu acredito. Eu vejo uma necessidade muito grande pela situação que a gente vê a saúde hoje, eu vejo que se você não trabalhar isto dentro da escola com as crianças e com os jovens, nós não vamos conseguir mudar este perfil que vemos hoje, não. Este perfil hospitalocêntrico, totalmente medicalizado, a gente não consegue, não consegue mesmo.

Pesquisador: Muito obrigada!

Técnico NRE

Pesquisador: Você é a técnica responsável na educação pelo Programa saúde na Escola?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: Qual foi o critério para a sua escolha na realização desta função?

Entrevistada: A Secretaria de Estado de Educação (SEED) não designou uma pessoa para trabalhar com este programa, pois as demandas são muitas e vem do Ministério da Educação e de outros Ministérios. Então, quando vem um programa do MEC, geralmente, a SEED, solicita ações para os NREs e essa ação vem direcionadas na área e nas especificidades da divisão das equipes dos núcleos, então veio para mim, esta demanda. Não que eu sou a única responsável, mais eu é que assumi esta demanda das solicitações da SEED, que é o órgão intermediário das ações entre o MEC e o local onde acontecem as ações nos municípios.

Pesquisador: Como chegou ao seu conhecimento o Programa Saúde na Escola?

Entrevistada: Inicialmente, há alguns anos atrás, veio uma orientação da SEED, informando o que era o Programa Saúde na Escola, veio até, em anexo, uma para nós tomarmos conhecimento do que era esse programa. Junto a essa cartilha e informações, veio uma solicitação de que os Núcleos Regionais de Educação, na ação da educação, deveriam mobilizar os municípios, através dos secretários municipais de educação, para que eles se articulassem, junto aos outros gestores, Secretaria da Saúde, prefeito para assinar um termo de convênio para que o município aderisse a este programa. Então chegou para mim esta solicitação junto com esta informação.

Pesquisador: As informações que você recebeu foram suficientes para o esclarecimento do programa?

Entrevistada: Para quem enviou, eu acho que ele passou as informações necessárias, mais para nós que estávamos recebendo as informações sem conversar com os outros órgãos, sem ter reunião com ninguém da saúde, inicialmente, com as outras instituições que fazem parte do programa, ficou um pouco desarticulado. A gente percebeu que ficou um trabalho difícil de ser realizado no início.

Pesquisador: Um dos objetivos do PSE é estabelecer a intersetorialidade entre os órgãos, então diante do que você explica esta inter-relação ficou prejudicada?

Entrevistada: Eu acredito que para o Ministério da Educação existe esta intersetorialidade, tanto é que veio da SEED esta demanda para os núcleos que são responsáveis pela educação, conversarem com os secretários municipais de educação para articularem este programa. Porque o programa foi direto para os municípios e nós ficamos como aqueles gestores que iriam apenas dar um auxílio de mobilização aos municípios, mais esta mobilização já estava acontecendo em alguns municípios sem até mesmo as nossas intervenções, então para o Ministério e para a SEED aconteceram as coisas, mais em nível local, nós percebemos que não foi algo tão articulado.

Pesquisador: Você acredita ser importante o Programa Saúde na Escola? Você tem conhecimento das ações que o programa desenvolve?

Entrevistada: Nós tivemos um único encontro esse ano e que eu participei como gestora regional, representante do núcleo, em Curitiba, onde foram todos os envolvidos. Secretarias de Saúde, dos municípios e entramos em contato com todo o pessoal que está articulando este trabalho nos nossos municípios, esse ano. Então, foi possível

verificar que realmente este programa tem uma importância muito grande para a escola, porque nós sabemos que tem questões da escola como sexualidade, prevenção ao uso de drogas, a questão da gravidez na adolescência, enfim, esses temas sociais contemporâneos a escola trabalha e tem no seu currículo, nas disciplinas, ela contempla esses temas. Só que existe uma certa especificidade, nós dos setores da educação não dominamos as técnicas de prevenção a gravidez, são questões que uma enfermeira com uma linguagem específica que poderá orientar realmente os adolescentes a fazerem uso de medicamento ou de algum outro tipo de instrumento que previna a gravidez e nós da educação não temos esse conhecimento específico nessa área. Ao trabalhar na prevenção, por exemplo, nós trabalhamos na prevenção no nível da qualidade de vida dos alunos, mais a prevenção não é só isso, hoje os alunos estão em contato com as drogas no seu dia a dia, usando medicamentos, vendo as propagandas de cerveja na TV. Então, tem questões muito técnicas que é o enfermeiro, é o agente da saúde que domina essas questões que pode trabalhar. Acredito que unindo a fala da educação junto com a saúde, nós realmente conseguimos fazer um bom trabalho na escola.

Pesquisador: No contato que você teve com os municípios, houve resistência da parte deles, como foi este contato para a inserção do programa nos municípios?

Entrevistada: Olha, todos os municípios estavam ansiosos para conhecer esse programa, porque eles não conheciam o programa e foram convidados a aderirem através deste termo de convênio a esse programa. Eles não conheciam o funcionamento do programa, como que eram as exigências, como que deveriam operar no sistema “online”, até mesmo a questão de recursos financeiros de repasse dos municípios. Estas informações não vieram tão claras, os municípios queriam sim, mais ficaram querendo conhecer um pouco mais do programa. Só os municípios que realmente aderiram ao programa é que tiveram possibilidade de conhecer e os que não aderiram não conheceram, porque são questões bem técnicas de inserir o nome dos alunos que vão ser trabalhados, de quantos vão ser envolvidos, então tinham questões que apenas quem iria fazer parte do programa é que iria conhecer. Mais os municípios a maioria tiveram interesse, mais os que não aderiram foi por falta de tempo, porque ele veio assim meio rápido, com tempo determinado para a assinatura do termo de convênio, então alguns perderam por conta disto.

Pesquisador: Você tem conhecimento de quantos municípios aderiram ao programa?

Entrevistada: Eu tenho um relatório “online” que a SEED envia para nós, nós temos um relatório. Agora, nesse momento, eu não posso passar para você porque eu não fui informada, anteriormente, que você iria utilizar esses dados, mais eu tenho e posso lhe passar depois.

Pesquisador: Você tem contato com as pessoas responsáveis pelo programa, na 15ª regional de saúde?

Entrevistada: Depois deste evento que aconteceu em Curitiba, nós entramos em contato com todos os envolvidos dos outros setores, então nós passamos e-mail, nós conversamos por telefone e estamos fazendo uma ação bem integrada depois desse encontro.

Pesquisador: Como você define saúde escolar?

Entrevistada: Na verdade, é um conceito um pouco mais amplo porque envolve a saúde na escola, no sentido até da qualidade das relações sociais e que passam no interior da escola, envolve questão de violência, não se fecha só na questão do físico, do biológico, mais envolve esta questão emocional, psicológica que é o indivíduo na sua totalidade.

Pesquisador: Na sua opinião o Programa Saúde na Escola traz benefícios para a comunidade?

Entrevistada: Muitos benefícios e esses benefícios foram relatados nesse encontro regional que teve aqui em Maringá há um mês atrás. Os municípios falaram dos pontos positivos, as mudanças que ocorreram no município, por conta desse trabalho. Alguns questionaram sobre o recurso que foi muito pouco, mais os resultados que o município recebeu foi bem maior, então, mesmo sem recursos, os municípios vão manter por conta das avaliações feitas depois do programa desenvolvido por eles.

Pesquisador: Quando você tem dúvidas sobre o programa, a quem você recorre, quem é o seu apoio?

Entrevistada: Inicialmente à 15ª regional de saúde de Maringá que agora é a (Nome) que é o nosso contato, que viajou conosco, nós organizamos este evento regional juntos, aqui há um mês atrás em que Maringá sediou com sete grandes núcleos regionais de educação. Então é ela, inicialmente, depois a SEED.

Pesquisador: O PSE interfere na sua função?

Entrevistada: Ele é mais uma demanda, ele está interligado a outros programas que eu respondo, mais ele é mais uma demanda. Como eu e a (Nome) estávamos conversando recentemente, se nós tivéssemos que realmente desenvolver o programa ajudando os gestores nos municípios, seria uma demanda muito grande da parte de trabalho dela e minha e que nós nos envolveríamos só com este programa, se nós realmente tivéssemos que desenvolver um bom trabalho no município. Mais a nossa, a minha demanda é de uns quatro, cinco grandes programas em minhas mãos. Então você não tem condições de se dedicar só a este programa.

Pesquisador: Teria que ter mais pessoas trabalhando?

Entrevistada: Essa solicitação minha, é a mesma dos técnicos dos municípios, eles também fizeram os mesmos reclames, que o programa veio, mais não veio com aumento de carga horária e de recursos humanos. Os mesmos recursos humanos com atividade a mais, então foi puxado para os municípios.

Pesquisador: Do ponto de vista da educação, na sua opinião, a presença da saúde na escola pode interferir no tempo de aprendizagem da criança?

Entrevistada: Como eu falei pra você, na escola circula diferentes saberes e a saúde vai entrar na escola com um diferente saber, ela não vai entrar com intervenção de atendimento, são saberes que vão dialogar com os saberes da educação e nessa soma é que vai se dar o conhecimento na sua totalidade e que vai auxiliar a escola.

Pesquisador: Você acha que programas desta natureza são relevantes para o atendimento da saúde infantil?

Entrevistada: Nós acreditamos que sim.

Pesquisador: Para encerramos, você gostaria de acrescentar mais alguma coisa, sobre o programa ou alguma outra observação?

Entrevistada: Vou fazer a mesma observação dos municípios: “aumentar os recursos humanos para auxiliar no bom desenvolvimento do programa.”

Pesquisador: Muito obrigada!